EL HOSPITAL DE DÍA de la CIUDAD SANITARIA PROVINCIAL (C.S.P.) de MADRID

Teresa Gil Ruiz / José Luis de la Mata

I. Metodología seguida en el trabajo de campo

0. Determinación del marco teórico y de los criterios que tomamos como base que orienta el modelo de observación.

A partir de los criterios de fundamentación teórica que se han expuesto en la parte I y de definición que se han desarrollado en la parte II en nuestra condición de colaboradora de la Cátedra de Historia de la Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, expuse un programa de investigación de campo a realizar en la C.S.P. Sección de Psiquiatría, Hospital de Día. El proyecto consistía en establecer la operatividad del Modelo Dialéctico por contraste con una experiencia que según la imagen que de ella divulgaban los medios de comunicación social, se presentaba como una experiencia de carácter antipsiquiátrico y de orientación contrainstitucional.

En parte mis objetivos se basaban sobre el supuesto de que en una experiencia semejante el abordaje y el tratamiento del conflicto psicopatológico tendría que realizarse desde una perspectiva múltiple y con una práctica interdisciplinar y de totalización de técnicas. Es decir, tratamiento en un espacio de régimen comunitario y con la utilización de las técnicas de psico y socioterapia, corporales, psicodramáticas... En otra parte, pensábamos que podía darse una base eficaz de comprobación institucional de los más importantes conceptos del Modelo Dialéctico que, hasta el momento, en cuanto a práctica terapéutica, no había tenido ocasión de mostrar su eficacia en un espacio institucional semejante.

Para ello, determinamos una intervención del tipo de "observaciónparticipante": durante un tiempo que considerábamos suficiente (un año) intervendría como Asistente Voluntaria en el H. de Día que dirigía el médico adjunto González Duro. Determinamos los criterios de control de la observación, así como de la supervisión de mi propia intervención como terapeuta y definimos los puntos esenciales de referencia de la observación así como la propia estrategia de intervención. Como se sabe, este tipo de investigación sólo en España posee una relativa originalidad: desde los años 60, en Europa y América latina son frecuentes los trabajos de campo en los hospitales psiquiátricos como se desprende de los estudios de: Majestre (1973), Grimson (1972), Basaglia y otros (1972), Goffman (1961), Berke (1980), Rodríguez (1965), Caudill (1958), Jones (1952), Deleuze (1967), Parker (1958).

Desde el modelo teórico que adoptábamos, pensábamos que había una serie de puntos indiscutibles para caracterizar a toda alternativa no ya de transformación terapéutica, sino incluso de renovación psiquiátrica. Queremos explicar brevemente este punto: no se debe confundir la renovación psiquiátrica con la transformación terapéutica. Por ejemplo en los encuentros del Reseau (1977), con más o menos fortuna, se ha tratado de distinguir entre una renovación que, procediendo del campo psiquiátrico, se inscribía en el propio campo psiquiátrico, tanto a nivel de la responsabi1idad de los técnicos encargados de esta renovación como del lugar teórico en el que esa renovación tenía que inscribirse. Esto es, el médico psiquiatra seguía siendo el agente principal y el efecto teórico sería una nueva psiquiatría renovada.

Por el contrario, los partidarios de la transformación terapéutica insistían en el hecho de que existe una permutabilidad de formulas entre "psiquiatrización" y "medicalización" de la locura. Si, para decirlo sin demagogias, la psiquiatrización representa la biologización del conflicto y la mistificación de una técnica-ideología como pseudociencia, la medicalización no sólo representa un fenómeno sociológico (el médico como vértice de la estructura jerárquica de un equipo asistencial) sino también la peligrosa premisa de que el análisis científico de la conducta, equilibrada o conflictuada, entra en el continente teórico de explicación y conocimiento de la medicina.

Desde nuestros supuestos de partida, se puede comprender que nuestra opción se encontraba (y se encuentra) en el marco referencial de "transformación terapéutica" porque ésta no representa una humanización superior de las condiciones de la terapia, sino una comprensión epistemológica de la enfermedad y, en consecuencia, la fundamentación nueva de las técnicas propias terapéuticas. . A partir de esto ya podemos decir que los mínimos rasgos que es necesario que tenga una práctica terapéutica para ser definida como "alternativa" son los siguientes:

I. Respecto a la función social de las técnicas, la oposición crítica de éstos a asumir la función delegada (por el poder dominante) de exclusión asilar de la marginalidad y de control social dominante de la oposición y la diferencia (Cooper 1975; Basaglia 1966).

II. Posicionamiento riguroso frente a las concepciones individualorganicistas y psicológico-funcionalistas de la locura. La primera representa la enfermedad como una alteración del proceso orgánico evolutivo; la segunda, sobre la tesis de un desarrollo armónico y progresista de la sociedad, plantea un psicologismo individual e intimista que en todo caso, puede ser mejor "modelado" por una sociedad mejor.

III. Establecer con rigor crítica y claridad democrática las condiciones teóricas, políticas y técnicas de la relación terapéutica. Eliminar la ocultación y la mistificación y esto representa frente al enfermo y la comunidad la oferta que el técnico hace de sí mismo como instrumento de cambio social. Y representa, además, en el propio equipo terapéutico, la existencia de unas relaciones democráticas, críticas y de responsabilidad.

IV. Respecto de la comprensión teórica de la "enfermedad" esta no puede ser ni humanística-mística, ni funcional-productivista. Las leyes que regulan tanto la biografía individual como el enfoque de ésta con la organización social son leyes históricas que han de ser comprendidas racional y científicamente. Esto no supone una imposición de una VERDAD objetivista y naturalizadora. El enfermo tiene su verdad y el trabajo del terapeuta consiste en ayudarlo a que la reconstruya. Lo que se quiere decir es que no por rechazo de un positivismo naturalizador: se tenga que caer en un irracionalismo de corte místico. El "asalto a la razón" es también un ejercicio de represión y opresión, en consecuencia, intentar "conocer" la enfermedad no es privilegio del técnico delegado, sino una exigencia de la propia intencionalidad transformadora del técnico comprometido.

V. Sin que tenga nada que ver con una psiquiatría de sector o una psiquiatría comunitaria, es necesario aceptar que la terapia tiene limitaciones políticas y prácticas que destacan su mera condición instrumental. "Devolver la locura" a la comunidad no significa sino aceptar

y asumir que la gestión del cambio y de la transformación no es tarea del técnico en cuanto tal, sino de la personalidad y la colectividad afectadas. Una transformación terapéutica e, incluso, una renovación psiquiátrica sólo pueden tener lugar cuando técnicos y pacientes, pacientes y técnicos conecten, efectivamente, con las organizaciones populares que luchan por el cambio y la transformación social. Si la enfermedad es de raíz ecosistémica y ecológica sólo transformando el carácter de las relaciones sociales y las condiciones de vida puede ser llevada a cabo una "política" de salud y bienestar.

VI. En un modelo semejante, la crítica desmitificadora, la historicidad de la relación terapéutica, el compromiso político e ideológico no produce efectos en una sola dirección, la del enfermo. Respecto al técnico, esta práctica terapéutica tiene también valores transformadores, no sólo por compartir con el enfermo la alienación del ecosistema, sino también porque contribuye a desnaturalizar las relaciones interpersonales e intersubjetivas a las que la locura pertenece. Vulnerabilidad, pues, del técnico y compromiso de implicación representan rasgos que están presentes en toda relación terapéutica.

a) El acceso a lo psico(pato) lógico.

Como ya hemos dicho en otros trabajos, formulamos lo que entendemos por fundación teórica de la Psico(pato)logía. En este punto nos interesa exponer mas descriptivamente las razones del abordaje psico(pato)lógico. En primer lugar, porque, los rasgos de desnormalización y desnormativización están presentes en toda conducta humana. En segundo lugar, porque es necesario restituir lo que de sentido y significación tiene el comportamiento considerado patológico. Poco sentido tendría hablar de una ecología social y familiar como productora del sistema de comunicación y relación patológicas, para que luego, olvidemos esta premisa y tratemos a la manifestación del conflicto desde un punto de vista de irracionalidad. Como se ha dicho, lo que es anormal o desnormativizado desde un punto de vista social tiene perfecta comprensibilidad en el marco de las relaciones interpersonales de vinculación.

Hay que dar explicación de la manifestación presuntamente "individual" y hasta, en ocasiones, "irracional" de la conducta "patológica". Encontrar el sentido crítico de esas atipicidades que descubre el discurso desnormativizado. Comprender esa inercia que inutiliza al loco en sus valores de transferencia de una situación imposible de vivir por más tiempo. Descubrir que, ese lenguaje reproduce la cristalización de un sistema incapaz de asimilar la necesidad del cambio. Interpretar críticamente el lenguaje desestructurado, para descubrir y desocultar en su fondo la lógica irracional del discurso dominante que estructura las cosas, las situaciones y a las personas naturalizándolas.

Es necesario, recuperar como palabra la expresión patológica, descubrir la estructura Ste. de lo que, en apariencia, es insignificante. Y esto hay que hacerlo desde una posición sin concesiones demagógicas que faciliten la fuga, que hagan opaca la situación o que eviten el enfrentamiento con las contradicciones de las que se sufre (así, los grupos de encuentro, las "terapias" de comuna, las sectas místicas...).

En último término, la operación terapéutica puede resumirse en pocas palabras: liberación de la

fluencia del discurso, liberación de la emergencia del deseo y de la necesidad que nos permiten "re-conocernos" a nosotros mismos por el intercambio imaginario y simbólico con los otros. Posibilitar la transgresión consciente (y no culpable o no culpabilizada o no juzgada) de aquellas normas interiorizadas que representan la interiorización de la prohibición y de la represión y que son tanto más eficaces cuanto más "naturales" parecen. Poder poner de manifiesto lo oculto, lo atípico, lo diferente... y esperar que ni por ello se nos castigue y, sobre todo comprobar que, después de todo, no se es tan diferente de los iguales.

Son aspectos éstos que permitirán al individuo la recuperación no culpabilizada de su discurso imaginario, que le permitirán asumir con más seguridad y desde su propia identidad el intercambio simbólico con los otros y, en fin, que le permitirán reconstruir el sentido histórico ("su" sentido histórico) de la red de fantasmas, de la estructura prohibida de sus deseos, del sistema reprimido de sus necesidades.

Y aquí, la eficacia técnica pierde cualquier posible rasgo de carácter mágico. Porque se trata de una práctica corresponsabilizada con un colectivo, con la comunidad (colectivo de técnicos y pacientes, familia, barrio, organización sindical, organización comunitaria...). Pero, sobre todo, la terapia tiene que ser la palabra misma del sujeto que se debe decir así mismo quién es, hasta qué punto es intolerable la situación, en qué medida quiere afrontar el cambio, cómo está dispuesto a asumir la búsqueda activa de su "salud", hasta qué punto está dispuesto a lucha por la erradicación de la enfermedad.

En la terapia, dos periodizaciones se contraponen combinándose dialéctica y constantemente. Periodizaciones que corresponden, una, de lo que podíamos llamar biografía simbólica de la constitución subjetivo/personal del paciente. Otra, que corresponde a lo que podemos llamar biografía vivencial - imaginaria del paciente. En la primera, la objetividad; en la segunda, la subjetividad, el sentido, la vida como el proyecto existencial que no PUdo ser o que se reprimió o que se impuso.

En la biografía objetivo-simbólica, buscamos cómo se produjo, con qué características, la trayectoria constituyente que hizo de un individuo indeterminado orgánicamente, indiferenciado subjetiva y personalmente el hombre o la mujer que tenemos en frente. Biografía que establece la organización y la "marca" de la personalidad, de la corporeidad, de la subjetividad. Periodización, pues, que corresponde a un ejercicio de historiografía clínica, que busca las estructuras y las fuerzas dominantes, que busca la economía y la circulación libidinal, las necesidades de prestigio, los valores enterrados. Que señala el contexto y nombra a los personajes. Que destaca las batallas y ordena los discursos de los códigos de normativización, de normalización, de adaptación. Incluso, que llega a establecer ese conjunto de ritos de paso por el que los individuos de nuestra sociedad van transitando hasta intervenir en la totalidad de la circulación social.

Una biografía imaginaria, en la que el sujeto tiene que buscar desde las escenas arcaicas de sus miedos e inseguridades básicas hasta la negación de su deseo o la frustración de su identidad. Una extraña biografía que apenas se da con hechos: que se da con vivencias, con fantasmas, con angustias, con miedos... Una biografía que sólo "conoce" el paciente y que la conoce por el extraño y paradójico procedimiento de haberla tenido que negar constantemente y continuamente. Una biografía cuya inconsciencia le hace actuar donde no interviene e intervenir donde no actúa. Que le impide insertarse

activamente en un mundo. Que le ha impedido tener mundo propio. Una biografía que, como dicen los existencialistas, le ha impedido alcanzar aquella identidad y autonomía propia que le hubieran posibilitado la realización de su proyecto existencial. Que le ha impedido buscar desde sí nuevos vínculos, que le impide transformar la legalidad de los vínculos ya adquiridos y que, en consecuencia, le impide transformarse así mismo, sencillamente, porque él no es un sí-mismo.

La confluencia de estas dos biografías es el efecto de dos prácticas confluyentes: la técnica-compromiso del terapeuta y el trabajo sufrido, como un extractor de material del paciente. Un trabajo cuyo "objeto" se resuelve en reconocimientos, en reviviscencias, en una acción que sólo por producirse tiene que segurizarse a sí misma. El conflicto, en su objetividad transformadora, sólo es "sentido" y vivido por el par terapéutico. Si el terapeuta habla de ese "sentido" sólo podrá ser desde la circulación social del discurso científico. El "otro" discurso, el discurso de la curación, sólo puede ser práctica de revisión vivencial, de traducción imaginaria de lo fantasmático, de la elaboración simbólica, comunicativamente interactiva, de lo imaginario. Es, pues, en este lugar de vivencias e imaginarios donde tiene lugar la operación del psico(pató)logo y la acción o la posibilidad de acción del paciente.

Por lo tanto, la estrategia de abordaje y tratamiento de la "enfermedad" se subordina a la fundamentación psico(pato)lógica que la determina. En el ejercicio de doble periodización que acabamos de indicar, el conocimiento que de la biografía simbólica obtiene el terapeuta tiene que vertirlo a las características de un diálogo intersubjetivo. Fijémonos bien en este rasgo de la ciencias históricas y, más en concreto, de la Psico(pato)logía : se dice que todo conocimiento, todo discurso científico debe ser intersubjetivo, en el sentido de que puede ser hablado, por no importa qué sujeto concreto. Aquí, el discurso es íntersubjetivo en el sentido de que sólo puede ser dicho entre dos sujetos concretos: el imaginario al que la acción simbólica del paciente convierte al terapeuta y el desconocido, pero concreto y único, que ha de reconocer.

Pero un planteamiento psico(pato)lógico no se ubica ni en el marco dualista del cartesianismo, ni en las "soluciones" reductoras. Como hemos visto en la II parte, la subjetividad, el sentido, el estilo... no son supuestos ocultos que funcionen como "hombrecitos dentro del hombre". La subjetividad se descubre en la corporeidad, como el sentido se descubre en la connotación de la significación y el estilo en la organización de las conductas y de los mensajes. En ese sentido, el abordaje tiene que ser integral, con articulación de las técnicas: grupales, corporales, psico y socio terapéuticas que permitirán dar cuenta del sujeto concreto de tratamiento.

b) Ideología de la norma versus ideología de la diferencia.

Nuestro trabajo de investigación pretendíamos que fuera lo más crítico y lo más riguroso posible. Dos criterios que son difícilmente conjugables porque ¿dónde encontrar "objetos" de investigación y de estudio que no estén impregnados de ideología, instrumentalizados por el sistema social general, al que pertenecemos, y, en este caso concreto, por el sistema hospitalario al que de alguna manera nos incorporábamos?. Problemática esta que autores como Castel (1979), Berlinguer (1972), Szasz (1967); Gentis y Torrubia (1969), De la Mata (1974), Cooper (1973), Basaglia y otros (1971), varios (1973 y 1976), Bastide (1967), Brinson (1973) y/o Navarro (1978) han tratado desde diferentes puntos de vista, que confluyen en lo denominado: ideología de la diferencia.

¿Cómo explicarlo brevemente?. Se puede decir, que el sistema social en el que vivimos es como una gran máquina y, como tal, precisa de un perfecto engranaje para que funcione eficazmente. La contradicción surge aquí, ¿eficaz para quién? ¿A quién beneficia la producción de esa máquina?, estos estudios y otros más nos conducen a la comprensión de que el funcionamiento sólo es posible en la medida en que las múltiples piezas (de esta gigantesca y compleja máquina de producir), cumplan perfectamente la función específica para la que han sido creadas. Y cuando una de las piezas no "funciona" se cambia; recambio que es posible dado el stock de piezas que pueden satisfacer dicho cometido. Se cumplen así, perfectamente, las propiedades y su alto nivel de abstracción de los sistemas que (Bertalanffy, 1950,1956) estudiara y definiera en su Teoría General de los Sistemas. De forma, que la interacción multivariable de las "piezas" (en su funcionamiento) la que permite el mantenimiento del todo a través de la acción opuesta de partes constitutivas. Interacción, totalidad y organización multinivel en sistemas de orden cada vez más abarcativo.

El problema surge, cuando hay que poner a personas en el lugar de las piezas, con sus propias diferencias, sus necesidades individuales y colectivas, sus deseos y expectativas, factores esenciales del sujeto humano y que el sistema y su tecnificación (por muy avanzada que esta sea) difícilmente puede programar. Imposibilidad que viene marcada por la diversidad cultural e histórica, por la biografía concreta y por las relaciones vinculares interpersonales que cada sujeto mantiene en su entorno.

El tema al que estamos apuntando, señalado por Bateson (1947) y Homans (1958),es que un sujeto que actúe, por cualquiera de los factores anteriormente señalados, de forma diferenciada es considerado marginado por la estructura de poder que interviene en la totalidad de sus manifestaciones. Este hecho sucede así porque el sujeto, al que aludimos, se "desvía" de la norma de funcionamiento establecido, no acepta(aunque (aunque, a veces, no sepa por qué) dicha norma; según Ruesch(1969),dicho sujeto no se conforma con el traje que le han hecho otros (los tecnócratas) por ser "igual" que el de todos los demás.

Pero, ¿por qué este traje social determinado por los "cuellos blancos". (Lemert, 1946) oprime a los marginados ("mundo del ocio", como se les llama en EE.UU.)? La contestación a la misma es que "Las manos desaparecerán vergonzosas en las abundantes mangas, los pasos inciertos quedarán dificultados por pantalones demasiado largos, las robustas muñecas sobresaldrán de mangas demasiado cortas que impedirán todo movimiento: y además... no será posible reclamar, por temor a quedarse sin vestido"... porque quien se pone un vestido hecho para otro, difícilmente puede darse cuenta de ello, desconoce lo que es ir vestido a la medida. Estos sujetos serían aquella parte de la población que, dirigidos por el grupo tecnocrático, consumen inagotablemente bienes y servicios, favoreciendo al grupo representante del poder (gobierno, finanzas, científicos, ejército y/ o enseñanza), ayudando, de esta forma, en la exclusión del tercer grupo de la población que es el más numeroso (enfermos, delincuentes, parados, mujeres, drogodependientes y todos aquellos que manifiestan, de una u otra forma, su idiosincrasia, su identidad personal o nacional y su idiolecto).

El control de este grupo marginal se lleva a cabo a través de un conjunto de mecanismos que desarrolla, con más o menos eficacia, el grupo dominante(a través de sus instituciones) entre los que se encuentran: el aislamiento, la neutralización, la intolerabi1idad, el ocultamiento de las leyes de funcionamiento, la desfiguración del significado de ciertas acciones, la descontextualización y/o la

obstaculización del acceso al poder. Mecanismos encaminados a conseguir la inhibición, la confusión, el miedo y la inseguridad personal y social (familiar), la exclusión productiva y, finalmente, la etiqueta, la proposición ilocutoria del técnico de "Desviado", de "enfermo". Todos estos mecanismos y efectos no acontecen porque sí y de forma esporádica. Este tema ha sido bien estudiado, desde los años cuarenta, por autores como: Stock, Witman & Liberman (1958), Cameron (1943,1959), Tyhurst (1957), Milner (1949), Pederson (1946), Kine (1951), Listivan (1956), Lemert (1971,o.c.), Cummig (1957) o por el propio Basaglia (o.c.). Mecanismos y efectos incardinados en un proceso funcional sumamente complejo y que es lo que nosotros denominamos en psico(pato)logía situación de doble vínculo y de ocultación de las verdaderas relaciones, en la medida en que se dan dos mensajes contradictorios y opuestos en intereses: de un lado, el explícito quizás hasta el "democrático"; de otro, el oculto que es el que tiene fuerza y el que, en definitiva, se lleva a cabo operativamente. Por esta característica de ser oculto impide toda penetrabilidad a las leyes de funcionamiento y ahí, precisamente, radica su eficacia.

La complejidad de la situación y de este trabajo consiste en poder ser capaces de penetrar y objetivar las técnicas de control aparente, propias de las instituciones sociales de una sociedad compleja, según indica el Efecto Weber, y que además de ser ocultas, son negadas por aquellos que las ejecutan. Leyes de funcionamiento y técnicas que sirven para mantener el orden, el control y la eficacia productiva de un sistema. Eficacia, orden y control a través de unas leyes y normas que apenas pueden ser cuestionadas en su validez y límites por la mayoría.

Este es uno de los propósitos de este trabajo de investigación historiográfico y práctico. El hospital psiquiátrico y la Psiquiatría institucional (como cualquier otra institución) está al servicio del poder dominante con sus funciones de adaptación social: procesa, juzga, a los sujetos "diferentes" a través de la "ciencia", de sus diagnósticos, pronósticos y tratamientos, que son proposiciones ilocutorias con efectos irreversibles e indelebles para el desarrollo, gestión y participación de un sujeto en su contexto y en sus relaciones (ver Esquemas I y II, Levinson & Gallagher 1964, Balint 1961, Thuillier 1981, Barton 1959 y Goode 1967, entre otros).

ESQUEMA I:
ESPIRAL DE LA VIOLENCIA ⟶ DESTRUCCIÓN DEL SUJETO

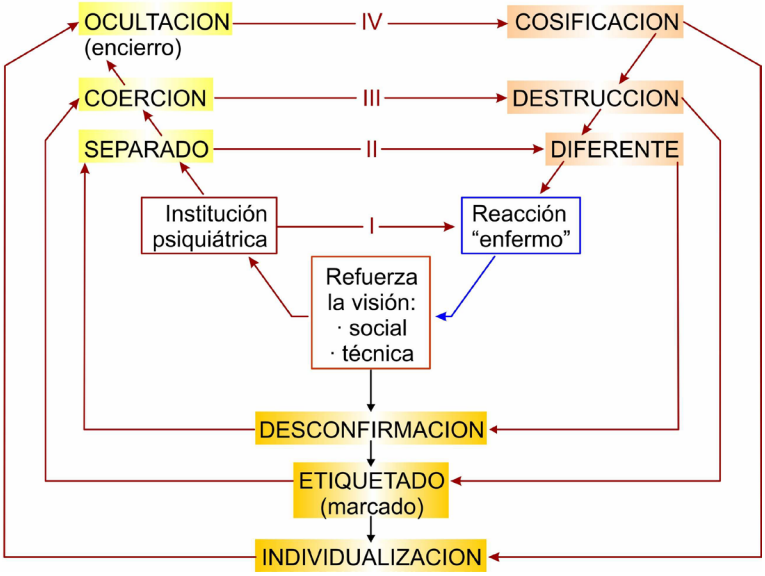
- Todas las formas históricas de violencia tienen su correspondiente justificación ideológica: La PSIQUIATRÍA
  "Eidos"
  · diagnóstico
  · pronóstico
  · tratamiento

* Efectos sociales
· separación del "enfermo"
· exclusión
· marginación
· represión

* Efectos individuales
· individuación
· aislamiento
· reducción organicista y psicologista
· negación de las necesidades humanas

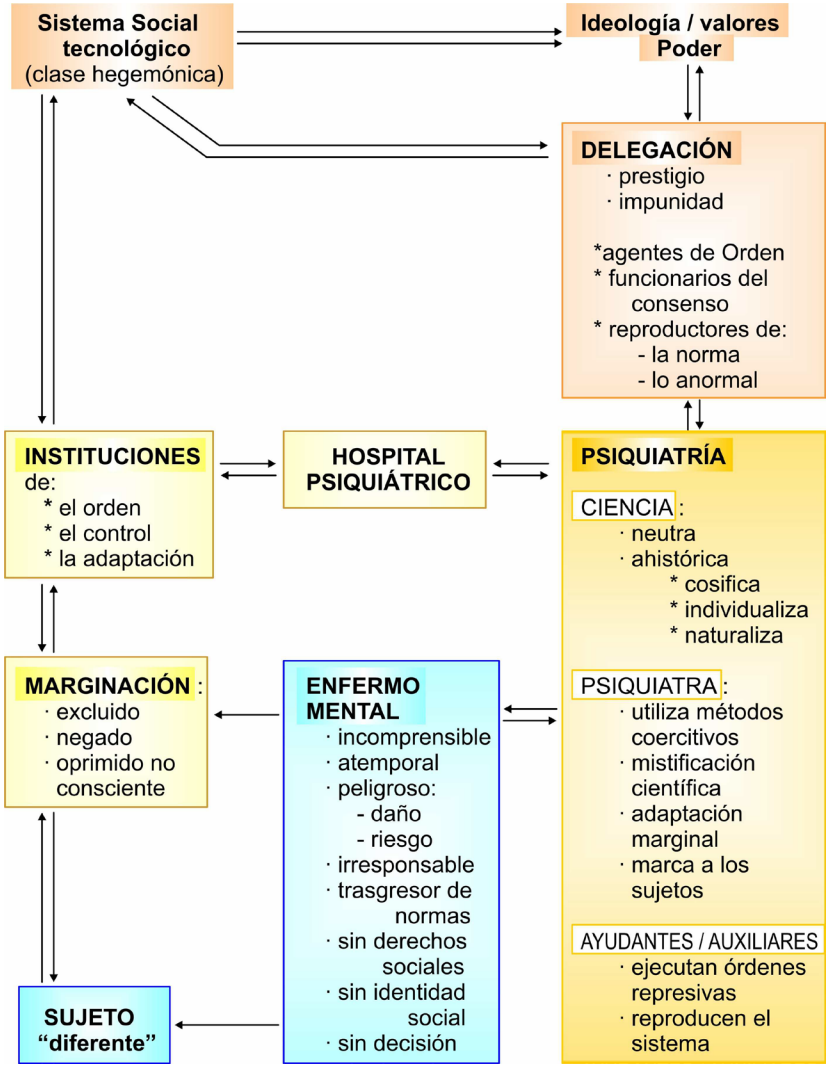
- Efectos conseguidos a través de técnicas Coercitivas
  · E.T.C.
  · psicofármacos
  · esterotaxia
  · sujección mecánica
  · encierro

- Pasos de la Espiral de la Violencia que conduce a la destrucción del Sujeto:



De aquí la necesidad de una Teoría de la Sociedad, sociedad que está regulada por la Ley de Ocultación de relaciones por sus técnicas de control. Como nos indica el Esquema I, es a través de sus delegados "científicos" como, en este caso concreto, ejerce la regulación social. Técnicas de control que no son las que se expresan jurídicamente, sino que aparecen como necesarias lógicas, naturales, eternas. "Leyes" que hay que legitimar porque lo "normal" es eso, y, además,"siempre ha sido así". Discursos del sentido común, de los científicos, de los mass media que reproducen las relaciones complementarias de desigualdad (ver Esquema II).

ESQUEMA II:
LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL INTERIOR DEL SISTEMA SOCIAL



La Psiquiatría, por tanto, como delegada de un poder que hay que mantener, "cura" de no se sabe muy bien qué alteración orgánica y custodia la alteración de conducta del enfermo mental, todo ello desde una posición de poder. La razón última de su legalidad no se cuestiona, como dirá Humpty Dumpty a Alicia:

- H.D.: *"Cuando yo empleo una palabra –replicó en un tono algo desdeñoso- significa exactamente lo que me place que signifique... ni más ni menos".*
- Alicia: *"La cuestión consiste en saber si Ud. tiene el poder de hacer que las palabras signifiquen otra cosa que lo que quieren decir":*
- H.D.: *"La cuestión - replicó- consiste en saber quién es el amo.... ¡ni más ni menos!"* (L. Carroll 1872)

Humpty Dampty, como cualquier instancia de poder, decide lo que las palabras significan. Aquí la complejidad es mayor, no es tan claro el mensaje pero los efectos sí. Esta ocultación de relaciones y el lugar que ocupandespojan, de la misma forma, cualquier capacidad de decisión y creatividad; de forma, que son, sin lugar a dudas, determinantes de la acción normalizada y normativizada. Instancia de poder que a través de sus técnicas definen la comunicación y determinan las relaciones valorándolas ("profecías autocumplidoras " en palabras de Bateson 1972).

Discurso autoritario, paternalista, protector o persuasivo que descalifica a través de la estrategia de atribución: valorando el contenido y el sentido de una acción, de una relación, de una función o de una productividad determinada. Existe un pronunciamiento sobre ello a fin de "orientar" a quien va dirigido el discurso. Otra de las técnicas, empleadas por el poder, es la estrategia de invalidación y asimilación de lo "diferente", de lo "raro", elementos o acciones que son incorporadas, descontextualizadas, a fin de introducirlas, incorporarlas o convertirlas dentro de las leyes del sistema vigente. Para ello se sirven de unos patters de intercambio que determinan la puntuación de la secuencia de hechos. Una tercera técnica utilizada es la conocida como estrategia de inducción; cuyo propósito es hacer dudar, desconfiar, fundir, asustar (mediante la ocultación) a aquellos que va dirigido el discurso. Técnica esta muy eficaz precisamente por su ocultación, interiorización, e individualización. A través de ella es posible explicar la reproducción de las pautas culturales de conducta; "lugar" donde se comparten valores "normales" y "normativizados" , pero sin que nadie se pregunte la legalidad de dichos patrones cultural y socialmente establecidos.

Por tanto, las normas de regulación y control social determinan una serie de expectativas, de exigencias en las instituciones, en los microgrupos sociales y en las relaciones donde tienen su efectuación práctica dichas normas. De forma, que cada sujeto posee una determinada función social con su correspondiente valoración, imagen y expectativas que le adscribe el microgrupo social en función del macrogrupo.

Determinación ideológica, por tanto, validada por la legalidad éticojurídica, política, económica y científica. Dicha legalidad proporciona, a aquellos que la aceptan, una seguridad determinada, una posibilidad de juego en la circulación social y, como dicen diversos autores, entre ellos Castel (1975), una comodidad de falsa identidad.

De manera, que la ideología dominante determina la acción productiva y ste. de los sujetos, con lo que se constituye en motor efectivo de conductas. Toda acción, toda conducta, ya sea un mensaje, ya una acto técnico, científico o artístico está impregnado de ideología del tipo que sea. De ahí nuestra afirmación de que no existe una neutralidad científica o técnica. La ideología es una representación social en su totalidad, en sus problemas o pseudoproblemas, en sus necesidades o pseudonecesidades y, en definitiva, en la forma como el poder dominante organiza representacional y esquemáticamente la realidad social; induciendo a través de sus técnicas o estrategias, a los grupos y a los individuos que los integran a situarse frente a esa realidad social. Participación, intervención en dicha realidad a través de los roles sociales que van desde el técnico al loco, desde el hijo a la madre o desde el ciudadano al político.

Este conjunto de pautas normativas de normalización productiva se constituyen, como modelos de representación y de acción, y a través del poder mediador de las instituciones en los roles sociales de

los que es soporte, generalmente, pasivo el individuo. Se trata, por tanto, de esquemas organizados de acción que pretenden dar al individuo seguridad en tres niveles básicos:

I. En cuanto sistemas de racionalidad ("Eidos"). El sistema siempre ofrece una lógica de verosimilitud en virtud de la cual, las contradicciones sociales aparecen o como anomalías de percepción del individuo o como fallos accidentales del sistema. Ambos superables, sin duda; de manera, que la racionalidad siempre justifica la posibilidad de que el individúo es el "culpable" y que, en último término, el sistema es perfeccionable.

II. En sus funciones de códigos de valoración ético-moral ("Ethos"). Tanto los códigos que regularizan la vida social de los individuos como los sistemas morales que valoran, de acuerdo con su finalidad o con su manifestación, las acciones o actos del hombre introducen todo un sistema de pautas de prohibición, de deber, de culpabilización y, en última instancia ,de sanción. La eficacia de estos códigos no reside en su carácter de códigos promulgados, sino en su presentación como "leyes naturales" de una presunta "naturaleza humana". He aquí la eficacia de la ocultación: un código histórico sanciona en positivo o negativo y ahistóricamente determinadas conductas personales. Ni que decir tiene que este segundo sistema fortalece al primero y lo legitima en tanto que el primero impone a este segundo. Esta es la gran burla a la humanidad que Nietzsche denunciaba en su "Genealogía de la moral".

III. Lo hemos denominado sistema del "Pathos" o sistema de las regulaciones estético-afectivas. En realidad, tal como indicaría Barthes, se trata, como el segundo sistema, de un nivel de redundancia retórica. Sistema de la regulación sentimental y de los valores más abstractos. Así como en los sistemas neoclásicos la "Belleza" era un valor absoluto que unificaba el bien y la unidad del ser de manera que aparecía como un valor absoluto, modernamente el "pathos" embrida y domestica la decencia, las buenas maneras y la limpia expresión del deseo y sus "nobles" objetos de referencia. Hay "caracteres nacionales" que se perfilan literariamente a partir de la formulación explícita de estos códigos de la moral y las buenas costumbres: el carácter inglés es puesto en sus límites por Tackery y por O. Wilde. Por supuesto la familia será el crisol de estos valores y el más importante instrumento de su reproducción y de su propagación.

El sujeto situ ado frente a estos sistemas de normas muy poco puede hacer: o los acepta a cambio de una seguridades que le permiten afrontar las "dificultades de la vida" con una carga de resignación y sometimiento. Los primeros, por supuesto, que renuncian a su capacidad de sujetos (relativamente) autónomos para configurar desde sí su propio proyecto existencial. Son los individuos del anonimato existencialista, los individuos impersonales del "se" dice, "se" hace, "se" piensa... Hay otros que se salen de la norma, pero sin cuestionar la legitimidad de esa norma. Es esa marginalidad que podríamos llamar "lumpen": el delincuente, el drogadicto, la prostituta, el traficante... Quebrantan la norma, pero aceptan el castigo si se descubre su "delito". Los primeros y los segundos se unifican respecto al hecho de que no cuestionan la legitimidad de la ley, si la quebrantan es por intentar situarse mejor en el sistema. Se trata, de una desnormalización, que podríamos llamar, adaptativa.

Hay dos posibilidades más frente a la norma dominante: criticarla y oponerse a ella (estaríamos ante aquellos que pretenden una transformación del sistema social vigente) o no poder oponerse a ella pero, sin aceptarla, sucumbir a ella. Este sería el caso del loco, que no puede contestar al sistema pero

que sufre de él (no del sistema superestructural en abstracto, sino el que aparece cotidianamente en la miseria y en la vinculación familiar). El loco no puede cuestionar al sistema porque le va la vida, la identidad en ello. Lacan decía de uno de sus pacientes que se negaba a seguir una discusión: "¡Uds. no se juegan nada en esta discusión y yo me juego la vida!". ¿Cómo criticar a la madre que nos devora, si en ella se establece nuestro último punto de contacto con la existencia? El loco sólo puede ser un testimonio que denuncia con su presencia y ha de lograr salir de esa situación que lo consume.

El grupo que contesta la norma, no es sólo el revolucionario o dicho de otro modo, revolucionario es todo aquel que ejecuta el discurso explícito de lo político; es también y, acaso fundamentalmente, todo aquél que plantea la raíz de lo político a partir de la reivindicación de una identidad propia, de una interacción asumida y responsable, en fín , de todos cuantos exigen el derecho de reivindicar la crítica de su condición (mujer, niño , viejo , loco ...) y de su Historia (andaluz , vasco ...). Todos estos producen una grieta en el sistema, en la medida en que con su planteamiento crítico y exigente rompen los esquemas reproductivos mediante los cuales un sistema permanece y se amplía.

El socioanálisis y el análisis institucional nos pueden permitir operativizar estos conceptos a la hora de analizar la clase de organización y el tipo de actividad y relaciones de un grupo. Saber de la Ínstitucionalidad de estos grupos o de su alcance político contrainstitucional sólo puede derivar de la determinación de la clase de racionalidad, ética y estética que realicen con su práctica. No basta el discurso explícito (según indicábamos antes): hay que ir a lo latente, a la forma de organizar las jerarquías, a las formas de desempeñar y compartir el poder, a las formas como se afrontan y resuelven los conflictos intragrupales. Qué nueva concepción de vida se dibuja tras la crítica de la vida presente, tras el análisis del conflicto actual y cotidiano. También nosotros teníamos que buscar esta filiación de clase en el análisis institucional al que sometimos al Hospital de Día (H. de D.). Tarea ciertamente difícil porque teníamos que realizarla de forma individual (para un trabajo académico) y como se ve en Basaglia (o.c.) (1977), Jervis(1979), De la Mata (1972 , 1974), Strauss y Schatmann (1964) esta crítica sólo tiene viabilidad cuando puede ser asumida desde una posición colectiva.

c) Propósito del trabajo de investigación: objetivos.

A partir de estos criterios decidimos iniciar la fase de observación (de la investigación) en el H. de D. de las C.P. de la C.S..P., fase que se inicia en julio de 1980 y que concluimos en julio 1981. Por una serie de circunstancias que al iniciar la investigación no se podían prever, nos tocó asistir, durante este periodo, al proceso de disolución de la experiencia asistencial de González Duro. Como se explicará más adelante, se trata de un proceso en el que las contradicciones internas conducen, sin ninguna presión exterior, a su disolución. El proceso concluye de una forma tan atípica como se inició.

Desde el momento en que proyectamos la investigación hasta el momento que la iniciamos, llevamos a cabo una serie de trabajos previos que pueden resumirse: en el estudio de la Psiquiatría Comunitaria y en el análisis de las distintas experiencias "antipsiquiátricas" que se habían producido en Europa en general y más concretamente en España. Por similitud con las condiciones sociopolíticas, económicas, ideológicas, así como asistenciales, adoptamos el modelo italiano de Alternativa Psiquiátrica. No queremos decir, con ello, que las condiciones de las dos situaciones sociales sean iguales como se desprendía de determinados análisis superficiales de la experiencia italiana o, incluso, con las

formulaciones explícitas del director del H. de D de la C.S.P. de Madrid y su núcleo más próximo que pretendían inscribirse en esa tradición.

En efecto, en España comenzaba a darse un reflujo del movimiento de oposición popular al régimen franquista. Se iniciaba ,entonces, la institucionalización de la transición al régimen constitucional actual y el movimiento sindical y obrero, así como, el movimiento político de izquierdas iniciaba la política de consenso y de colaboración con las fuerzas representativas del tecno-franquismo. No existía una verdadera tradición de lucha antipsiquiátrica o de renovación democrático-reformista y el movimiento ciudadano más que moverse por objetivos de carácter político-asistencial, se había movido tras objetivos político-estructurales. La institucionalización sindical y política que representó, de hecho, la liquidación de las formas de oposición y movilización populares, produciéndose posteriormente esa situación de "desencanto" y desmovilización presentes.

Como hemos dicho (De la Mata y Gil Ruiz 1981), el proyecto de renovación de Basaglia se hace posible desde una tradición combativa y reivindicativa de las fuerzas sindicales, la organización del movimiento popular y las reformas administrativas y asistenciales del poder local italianos. Hay que tener en cuenta que en la década de los 60, el movimiento de izquierdas en Italia, alcanzaba sus logros más altos. Y esto no sólo en la fábrica, sino también en la escuela y en la propia administración local de las ciudades y barrios.

Cuando Basaglia realiza su modelo alternativo carece, por supuesto, que carece de antecedentes psiquiátricos en su país. Imita, con rasgos propios, reformas democráticas inglesas, fundamentalmente. Apoyado por las condiciones socio-políticas de esa década, preocupadas por la mejora de las condiciones de vida: culturales y asistenciales de vida, llegando a ser un movimiento socio-político de alternativa y cambio social.

La obra de los renovadores psiquiátricos italianos puede desarrollarse porque se apoya inmediatamente en estos movimientos y en las administraciones locales de izquierda. Tal como se plasma en la Ley 180 estas prácticas fundamentalmente antiasilares tiene una orientación institucional. Este es el punto que los radicales reprocharon frecuentemente a Basaglia. No vamos a entrar a discutir este punto pero sí a señalar que es precisamente el carácter constitucional de los objetivos de la reforma uno de los rasgos que mejor definen el proyecto y la orientación políticas de la obra de Basaglia y su equipo.

En otro orden de cosas, la preparación previa al periodo de observación se realizó, también, en torno a lo que podemos llamar etnografía psiquiátrica. Las técnicas de observación participante y sus modelos etnográficos como se recogen en Mauss (1968), Mead (1971) y Lévi- Strauss (1958,1963) entre otros, las trabajamos en este tiempo, además las instrumentalizamos con el estudio de los trabajos de psiquiatría social en los que la técnica de observación-participante ha sido desarrollada para su aplicación en el área hospitalaria. Bonnafé (1957), Chapul (1971), Basaglia (oc), Bion y Reichman (1943), Durkheim (1967,1968), Goffman (o.c.), Jones (o.c.), Kaplan (1956), Lohoman (1937), Hooper (1962), Pages (1962), Daumézon y Koechlin (1957), Salisbury (1962) ,Stanton y Schwartz (1954) y Strauss & Schatmann (o.c.).

Mi acercamiento a las Clínicas Psiquiátricas de la C.S.P. representaba, en principio, la posibilidad de una experiencia distinta a la que poseía hasta entonces en el campo psiquiátrico. En efecto, en el

Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, Sección de Psiquiatría, había estado trabajando durante tres años, además de realizar la especialidad de A.T.S. Psiquiátrico. En ese tiempo, de "cambio" de López Ibor por Alonso Fernández, la asistencia seguía respondiendo fundamentalmente a la formulación tradicional, si bien las formas iban cambiando, se iban introduciendo esos pequeños cambios que son necesarios para que no cambie nada.

Mi "mal estar" ante estas fórmulas asistenciales y especialmente la experiencia de sus efectos me condujo a buscar nuevas alternativas. Realicé distintos viajes al extranjero, aunque lo que podía observar era siempre desde fuera y concluí mis estudios en Psicología. De esta forma fui orientándome hacia aquellos trabajos que han representado mi adhesión a un concepto teórico y práctico de abordaje y tratamiento clínico. Concepto que es el que vengo a exponer en este trabajo.

En definitiva, el trabajo de campo que inicié estaba inscrito en este marco y, por tanto, precedido de la adopción de unos criterios básicos sobre salud mental y su ecología, la asistencia terapéutica y el conocimiento de la organización de comunidades terapéuticas y de sus prácticas y tratamientos. Criterios que no representaban esquemas de prejuicios, puesto que, como nos han enseñado los etnógrafos, qué pueda ser observado en una comunidad "fría" sólo puede venir determinado por el modelo de hipótesis que organizan la experiencia.

En lo que se refiere al mismo H. de D. no teníamos una imagen fija. Lo conocíamos especialmente a partir del reflejo de determinados medios de comunicación. Aparte de trabajar esas referencias de periódicos y revistas, estudiamos el dossier que a mediados de los años 70 había realizado el periodista y profesor de la Facultad de Ciencias de la Información, Dr. Martín Arnoriaga, quien, además puso a nuestra disposición todo el material fotográfico y escrito (publicado o no) que le sirvió para realizar la primera campaña pública de denuncia de las condiciones asistenciales de la psiquiatría española.

Igualmente, leímos las obras del director del H. de D., donde manifiesta su comprensión asistencial. De esta manera, nos dotábamos de un conocimiento que nos permitía ubicar el área de referencia y caracterizarlo desde la propuesta que de tal área realizaba su principal promotor.

Otro punto que queremos señalar es el que consiste en uno de los elementos básicos del modelo de observación-participante. Nos referimos al problema del idiolecto y la subcultura reflejada por él. Efectivamente, este es siempre un problema en toda investigación etnográfica, no sólo porque el lenguaje es el vehículo de la organización y dinámica del sistema considerado, sino también porque es un auténtico constituyente. El estudio de aquellos medios en los que aparecía el H. de D. tiene siempre una caracterización diferencial sociocultural. Si en la prensa estatal o local el tema de la antipsiquiatría es un referente con rasgos sensacionalistas y comerciales bien definidos, es en un tipo de prensa o revistas de proclamada identidad underground donde dicho tema adquiere su funcionalidad más precisa. Recoger, entonces, ese lenguaje significaba contextualizar la experiencia en cuanto a su orientación cultural y política y, por supuesto, en cuanto a una primera caracterización del grupo actor de dicha experiencia.

La elección del H. de D. de las Cínicas Psiquiátricas de la C.S..P. se debía, fundamentalmente, a los criterios anteriormente mencionados. Solamente ese centro hospitalario reunía dos características, para nosotros, básicas: de un lado, la definición de una práctica de Comunidad Terapéutica

Antipsiquiátrica en Madrid y, de otro, el ser un centro de asistencia pública. Se trataba de iniciar el estudio de esta compleja realidad social, por lo que de demanda social presentaba, por la confluencia en un mismo espacio de distintos grupos heterogéneos y, especialmente, por lo que en relación a la Psicología representa este campo de intervención. Todos estos intereses confluían, más el propio específico del modo de entender la salud pública y las distintas formas de prevención y tratamiento (De la Mata & Gil Ruiz, 1981) y fueron, en definitiva, los que nos impulsaron a comenzar la investigación. Por supuesto, que no es un trabajo individual si no que estaba apoyado y supervisado (controlado) desde el exterior por el director de esta tesina.

d) Determinación del objeto y delimitación del campo de observación.

Ya se comprenderá que en la preconceptualización del referente de la investigación teníamos que partir de considerar al H. de D. como una organización que se presentaba como lugar de curación y cuya naturaleza institucional estaba por definir. Por una parte, nos interesaba establecer la racionalidad de esta organización, su posible carácter reformista o contrainstitucional. Lo primero situaría al H. de D. en una dinámica de renovación psiquiátrica, hecha por agentes institucionales y dentro del propio sistema de asistencia pública. Lo segundo, planteaba una vez establecida la eficacia de la experiencia, las posibilidades de renovación alternativa en el área de la asistencia psicopatológica.

Con más exactitud, se establecerían las siguientes consideraciones: en 1972 y en 1975 se iniciaban unos tímidos intentos de plantearse por dónde debía abordarse la planificación de la reforma sanitaria en el estado español y, dentro de ella, la asistencia psiquiátrica. Desde ese momento se ha venido hablando de acabar con el viejo orden psiquiátrico tradicional. Acabar con los grandes asilos, establecer hospitales psiquiátricos en los que se recogiera a la población enferma más deteriorada o con menos recursos de integración social, establecer secciones de Psiquiatría en los hospitales generales, a fin de realizar una medicalización de la enfermedad mental, establecer una red de centros de prevención y de tratamiento ambulatorio... (véase al final la síntesis). En fin, se ha venido definiendo lo que auténticamente se puede calificar de introducción de sectorización de la Psiquiatría, tal y como se ha desarrollado en los países europeos que han realizado la reforma psiquiátrica.

La experiencia del director, aparecía con una cierta dispersión: por un lado, su ubicación en un complejo institucional de la amplitud de la C.S.P. parecía indicar que se trataba verdaderamente, de un punto de partida para esta posible sectorización asistencial. Las declaraciones del director al respecto no dejaban de ser ambiguas: con una formulación ideológica muy fuerte, con la que proclamaba su “antipsiquiatría”, parecía proponer tan pronto una psiquiatría comunitaria como dejaba entender que esta psiquiatría podía tener realización desde la reforma de sector(de hecho, esta posible sectorización futura intervenía frecuentemente en las conversaciones, no como nada de lo que se fuera a hablar detenidamente y en profundidad sino como algo que cubría las expectativas de trabajo para algunos miembros del equipo o como la conclusión legítima a la que tenía que avocar la experiencia del H. de D.).

Esta sectorización que a nivel del estado español significaba entre otras cosas, que la enfermedad mental fuera catalogada como “asistenciable” por los recursos de la Seguridad Social, eliminando su tratamiento actual por la beneficencia y retrayéndola, por tanto, del área de jurisdicción de las

Diputaciones Provinciales, repetimos, esta sectorización presenta y favorece una doble valoración. Para unos, es un avance, ya que se supone una mejora sustancial de la asistencia, mejora a la que contribuye la medicalización. Forma de entender la sectorización como una reforma donde la salud mental se integra en los cuadros preventivos y asistenciales de la Reforma Sanitaria. Otros, por el contrario, ven dos riesgos insuperables: en primer lugar, la medicalización no representa ninguna transformación de fondo, sino la concesión de más amplios poderes de intervención y decisión a la clase médica. Además el sector representa una psiquiatrización mayor, unas funciones de policía interior con lo que las técnicas y mecanismos de control social penetran más profundamente en el marco de las contradicciones sociales, psicologizándolas e individualizándolas, en el sentido más peyorativo de la operación (esta política de sectorización es la que Castel en 1979, ha llamado "psiquiatrización social" y que el mismo autor criticó en la "Sociedad Psiquiátrica avanzada").

Por si fuera poco, en esta imagen y definición ambigua que ofrecía el H. de D., ni parecía que su actividad "comprometiese" a la institución, en cuyo seno se albergaba (no se produjeron en ningún momento críticas públicas de parte de los sectores inmovilistas o renovadores de la Psiquiatría tradicional), así como tampoco el H. de D. era citado como modelo a seguir por ninguno de los programas progresistas de renovación. Por decirlo de alguna manera, el prestigio de H. de D. era como el de una isla privada que ofrecía su imagen en los registros del marketing progresista-liberal y liberal-ácrata.

Los criterios con los que ajustar esta imagen, dentro y posteriormente al trabajo de campo, se desprendían del contraste de la experiencia con los modelos reformistas o antipsiquiátricos. Si era lo primero, la experiencia del director del H. de D. podía ser conceptualizada con los operadores de "cambio" o reforma que establecían las experiencias y los planes de reforma de otros estados y los propios del nuestro. Si era lo segundo (modelo antipsiquiátrico), se tendría que conceptualizar esta experiencia desde los marcos teórico-ideológico y práctico-políticos que han desprendido experiencias similares.

Sabemos que esta formulación, metodológicamente válida, puede chocar con posiciones que genéricamente pudiéramos llamar de izquierdas y que pretenden ver en la antipsiquiatría una vía de renovación no tanto asistencial cuanto de comprensión y contacto simpático con el mundo del loco. Por supuesto, una humanización de las relaciones del técnico con el loco y de las condiciones de vida del loco son elementos básicos, aunque no siempre son rasgos manifestativos de renovación. Nadie puede decir, que en EE.UU. o en el Reino Unido o en Suiza o en Francia.... no se hayan erradicado casi absolutamente las viejas estructuras asilares, que no se hayan humanizado las relaciones entre terapeutas y pacientes... y, sin embargo, lo fundamental del modelo médico sigue manteniéndose.

Aquí, es erróneo metodológicamente y, sobretodo, políticamente no plantear la renovación desde el punto de vista asistencial. Con una posición semejante ni la reforma psiquiátrica puede adoptar otras orientaciones que las que determine, sin oposición alguna, el staff dominante ni, por supuesto, puede hablarse de antipsiquiatría si entre los objetivos reivindicativos no están presentes las fuerzas populares y políticas de izquierda con una política de salud pública.

e) Admisión como "Asistente Voluntario" del observador-participante.

Con estas consideraciones tenía que lograr mi admisión en el centro de forma que se pudieran cubrir

los objetivos de la observación-participante en una organización "caliente". Por una parte, adquirir el rol que me permitiera participar en la totalidad de las prácticas allí desarrolladas. Por otra, preservar mi identidad de observadora, a fin de poder circular por el espacio, las prácticas, los grupos, su interacción y sus ritos sin posibilitar que se "levantara la representación" para el observador como sucede cuando se conoce de antemano la presencia de tal observador.

En algunas penosas experiencias (periodísticas fundamentalmente) la inclusión en espacios asistenciales se ha hecho adoptando el rol de enfermo. Aparte de que las consecuencias, en ocasiones, han concluido en "affaires" judiciales de carácter criminal, en otras, se han quedado en críticas metodológicas y morales como es el caso de Caudill (1952),de Land y Lejaune (1950) que realizaron sus investigaciones desde el rol de pacientes y que fueron criticados por Erickson (1967). De acuerdo con los trabajos de Bourdieu, Chamboredom & Passeron (1973), nosotros decidimos presentarnos desde el rol más próximo al nuestro como asistente voluntaria.

Mi admisión no fue más difícil que la de tantos otros asistentes voluntarios que prestaban y habían prestado allí sus servicios. Mi condición de A.T.S. Psiquiátrico y la experiencia anterior fueron factores favorables para esta admisión. Hay que decir, sin embargo, que no existían otros criterios de admisión que los que el director determinara en cada caso "ab limitum" pues, aunque existía una comisión en la Sección con estas funciones, no la tenía en consideración.

Desde luego había dos dificultades que era preciso ponderar: en primer lugar, la integración suponía una paradójica asimilación al poder. Paradójica porque, frente al paciente, la relación a partir del "status" adquirido era, innegablemente, de poder. Paradójica porque dentro del propio grupo existía una precisa delimitación jerárquica que negaba aquél poder. Además, por el hecho de estar incluida en el equipo públicamente era una más del equipo; sin embargo, la realidad era que dentro del grupo terapéutico se distinguía claramente entre staff (núcleo contratado y dirigente) y los restantes miembros del equipo (más adelante se verán los grupos del equipo). Esta paradoja se traducía en la instrumentalización que todo poder hace siempre de sus delegados e integrados: en la ideología nos expresábamos como formando un sólo colectivo pacientes y terapeutas (ideología-comunitaria, que no siempre práctica comunitaria). Organizativa y funcionalmente aparecíamos como dos grupos diferenciados. Más estructuralmente aparecían los distintos grupos reales en la confluencia de sus dinámicas contradictorias.

A este efecto de instrumentalización por el sistema que se podía traducir en aspectos tan diversos como, por ejemplo, que las contradicciones internas del equipo terapéutico no pudieran manifestarse sino sintomáticamente (existencia no sólo de enfermo-síntoma sino también de terapeutas-síntoma; Majestre (o.c), Jackson ed. 1960). Por el contrario, simbólica e imaginariamente la cohesión instrumental del equipo se producía con toda su eficacia de poder.

El otro inconveniente resultaba de la dinámica misma del rol adscrito: la relación terapéutica subvierte radicalmente, en su propia práctica, supuestos del observador participante. Se verá más adelante hasta qué punto la función social del terapeuta por "voluntariado" se restringía en las relaciones internas dentro del equipo. Pero en la terapia el observador no podía actuar sino con los esquemas teóricos y técnicos de su propio marco de referencia. Hay que distinguir, sin embargo, entre lo que eran las prácticas terapéuticas colectivas (dirigidas absolutamente por el staff) y las

prácticas terapéuticas individuales y grupales (dirigidas por terapeutas individuales). . Sintetizando, la actuación de observador-participante tenía un ámbito "público" de intervención, en tanto que en su práctica misma de terapeuta "actuaba" estrictamente el terapeuta.

De la condición de asistentes voluntarios y su economía funcional para la organización institucional hablaremos más adelante. Baste, por el momento, indicar que mi admisión suponía de mi parte el compromiso de la jornada completa de asistencia diaria y anual al H. de D. Con el conjunto total de responsabilidades que se le exigían a los contratados y sin remuneración alguna. Este régimen de voluntariado ha sido constante a lo largo de la historia de la organización y su significación, dentro de la misma, ha sido tal que se puede afirmar que ha constituido la columna vertebral de la prestación asistencial (como se indica más adelante, el staff contratado no superó desde la fundación de H. de D. el número de cuatro, contando el personal subalterno, aunque la mayor parte de este tiempo ha estado compuesto por un médico adjunto y dos A.T S.; hay que tener en cuenta que el equipo terapéutico medio era de diez miembros. De aquí se pueden extraer las más jugosas conclusiones acerca de la rentabilidad capitalista de esta experiencia progresista).

En el transcurso del año de mi integración en el equipo he tenido que asumir posiciones internas de corresponsabilidad con las decisiones adoptadas por la estructura de poder. Dentro de dicha estructura, en diversas ocasiones, tuve que manifestar mi oposición y crítica a determinados aspectos de la práctica terapéutica. Por razones que se verán en su momento, esta oposición tuvo nulos efectos prácticos. Sin embargo, exteriormente (y más por razones terapéuticas que por estrictas exigencias metodológicas) tuve que mantener una posición unificada con el resto del equipo, reproduciendo las directrices dominantes.

No es este sino un ejercicio de responsabilización por lo que allí aconteció durante el año que duró este estudio, sino que es también un ejercicio de autocrítica. Además este testimonio representa un factor de reflexión metodológica que frecuentemente tuve que discutir con el director de esta investigación: ¿En qué medida el psicólogo, el terapeuta puede mantenerse en esa situación de neutralidad teórica y técnica que exige el método de observación? Si hemos dicho que ninguna práctica metodológica o técnica está desprovista de ideologías, en un trabajo donde el material no son procesos que posean inercia propia, sino procesos que interviene con su operación el terapeuta y diríamos más, la interacción de los terapeutas entre sí (dentro de los cuales me incluyo con mi propia ideología asumida), en qué medida es posible desprenderse de esa ideología. Este es un tema de reflexión y discusión que a pesar de haber sido durante este tiempo nuestro caballo de batalla todavía tenemos pendiente.

1. Control metodológico.

Una advertencia previa: en una investigación como esta sólo cabe contraponer los dos procedimientos usuales en investigación antropológica. De un lado, el procedimiento etnográfico que consiste en establecer el conjunto, más amplio posible, de datos significativos acerca de las distintas manifestaciones de la organización considerada. Como decía Bateson en "Naven" (1965), el procedimiento del etnógrafo consiste en recoger datos, en ordenarlos por registros y en comprobar

finalmente y con una suerte de tranquila admiración que entre los distintos registros hay rasgos comunes de identidad y diferencia, de pertenencia a un orden específico y singular. En segundo lugar, la investigación etnológica opera con esos registros como si se tratara de un proceso de ordenación matemático. Configura los distintos repertorios, establece las leyes de combinación, repertoriza las leyes de combinación y subordinación... etc. Como dice Lévi-Strauss lo que es fundamental es poder perder de vista el carácter empírico de los hechos, situarse ante el registro como si se tratara de un sistema, donde uno de los elementos no tiene significación sino por relación a los otros (por ejemplo, la lengua), es necesario, por tanto, desprender la estructura que funde todas las relaciones y operaciones posibles de dicho sistema.

En nuestro caso, hay que poner de manifiesto dos hechos: el primero, se trata de una organización, de un colectivo, cuya práctica, cuyas relaciones, cuyos efectos tienen que estar fundados estructuralmente. No se puede manipular ninguna variable, si bien no es posible prescindir de cualquiera de ellas. Desde un ejercicio de psicoanálisis (Mendel 1972, 1973) y de análisis institucional (Lapassade 1967,1977 e Ibáñez 1978), lo que interesa es desprender la estructura que dé cuenta de la totalidad de las manifestaciones de ese colectivo organizado. En consecuencia, no hay, en propiedad, posibilidad de introducir ningún procedimiento experimental que no esté determinado por el plano de realidad donde se instala dicha organización.

El segundo, se refiere a las condiciones en que tuvo que realizarse la experiencia. De todos es sabido que en un trabajo de campo son los carnets del investigador el único instrumento de registro. Las encuestas y los cuestionarios generalmente son esbozados y desarrollados por el investigador como constelación de preguntas, cuestiones, indagaciones. Por ser participante, el observador guarda su anonimato y lo único que puede hacer es compulsar en distintas fuentes tanto la significatividad del material recogido como su posible fiabilidad y validez.

Independientemente de las dificultades que hubieran podido aparecer si se hubiera intentado realizar una encuesta de valor crítico, son otras las razones metodológicas por lo cual no creímos conveniente la utilización de dichos instrumentos en esta investigación.

En primer lugar, el problema de la fiabilidad de los resultados. En el plano de los terapeutas había suficientes razones como para considerar que cualquier material obtenido por estos métodos era inválido: primero por el alto índice de movilidad de los miembros no contratados del equipo, personal mayoritario como se ha indicado y veremos posteriormente (tabla I y ll del apartado correspondiente al equipo). En cuanto al núcleo dirigente contratado, sus opiniones estaban generalmente canalizadas y expresadas por el jefe de equipo; se producía este rasgo que Mendel llama "personalización de la estructura jerárquica".

Segundo, como consecuencia del carácter cerrado y defensivo del grupo técnico. La caracterización en cuanto a opinión de estos grupos cerrados es la circulación jerarquizada de la significación y valoración de los hechos. Por supuesto que circula el rumor, pero la definición de las relaciones y acontecimientos, como su valoración, dependen del acto de decisión del vértice jerárquico. Recordemos las estrategias utilizadas para este tipo de opinión, estrategias de atribución, de invalidación y de inducción. De aquí la existencia de subideologías y subculturas rígidas y estereotipadas con su propensión a convertirse en elementos sistemáticos de definición rígida.

Un factor importante que no elimina la rigidez sino que la refuerza es la técnica de la ambigüedad. Mediante ella y precisamente fomentando el rumor se consigue un sometimiento mayor en los elementos de la estructura jerárquica como efecto del doble mensaje. Al exterior, la actitud del vinculado es siempre estereotipada y rígida; en tanto que al interior jerárquico habrá siempre una posibilidad de dependencia y de inseguridad básica (aspectos y procesos que se verán con mayor detenimiento).

En cuanto a la utilización de estos instrumentos con los "enfermos", el principal inconveniente resultaba de la clase de organización que constituían (=organización terapéutica) y de la clase de relación que como observadora-participante y como terapeuta establecía con ellos. No se podía dar por válido el material obtenido desde el momento en que el observador era, a la vez, sujeto activo de poder respecto a ellos. Irremediablemente se produce una relación de desigualdad, situación que hubiera sesgado los resultados. En un espacio similar, la organización comunitaria del hospital dirigido por Basaglia, el sociólogo-reportero Vascon y los miembros del equipo, fundamentalmente, Jervis y Slavich (Basaglia 1968), ponen de manifiesto el peligro que se corre con quienes padecen sufrimiento psicológico de inducirles opiniones y conductas. Peligro que se convierte en un hecho real cada vez que el terapeuta (desde su poder, su autoridad y la legitimación institucional y asistencial que revisten) propone una estrategia de cambio, de reforma o simplemente de dejar que las cosas sigan como hasta entonces.

Lo que estos autores denuncian es la falsa ilusión de que el enfermo espontáneamente proponga el cambio o se sume autónomamente a la estrategia de cambio. El enfermo siempre está en una disposición que si se favorece (y el poder lo favorece), finalizará en la condición de "buen enfermo". Claro está, los criterios no los posee el enfermo sino el sujeto de poder. Como indicaba Furio (Basaglia o.c.) de manera bien gráfica "... ningún enfermo sabe cómo gobernar un hospital; ni le interesa. Lo que le importa es, dentro de las condiciones del hospital, estar lo mejor posible". Y esto sólo se consigue llegando a un sometimiento frente al poder (de un tipo o de otro, dependiendo lo que ese determinado poder entienda por "buen enfermo").

Sin embargo, esta posición especial del observador en un marco terapéutico ¿no subvierte una de las reglas fundamentales de la investigación? ¿Cómo ha de darse la neutralidad sociológica del observador y sus observaciones? (Erickson o.c., varios o.c. 1975, Ruech 1956, Bourdieu, Chamboredon & Passeron 1973). De acuerdo con esta ley se supone que la presencia del observador no puede incidir sobre el área observada ni sus técnicas producir ningún cambio. Por el contrario lo que indicamos aquí es que la intervención de determinadas técnicas puede producir la modificación "necesitada" por el observador. Esto puede ser contestado de dos maneras.

La primera, un prejuicio que supone la incomprensión del método y la reducción epistemológica, viene representado por el error de suponer que toda observación científica tiene los mismos requisitos y que, en consecuencia, la experimentación obedece siempre a las mismas leyes. En las dos partes anteriores hemos criticado este prejuicio, mostrando sus efectuaciones prácticas tanto en la ordenación de las distintas ciencias como en los intentos de reduccionismo psicologista o sociologista de la conducta humana.

Los teóricos del socioanálisis (Mendel o.c.) han criticado una clase frecuente de error en los

socioanalistas que consiste en trasladar los conceptos y las categorías propios del análisis individual al análisis social, lo que produce inevitablemente una psicologización de las estructuras y los procesos sociales. A su vez, son muchos los sociólogos y muchos los psicólogos sociales que ordenan el material psico(pato)lógico con categorías sociales. Se producen así esas "regresiones" que tienen como efecto la confusión de planos en las áreas de referencia y, consecuentemente, la reducción de unas ciencias a otras.

Si ya en Física coexisten modelos de observación tan diferentes como los que corresponden a la física mecánica o a la física atómica, sin que ninguno de los dos modelos expulse al otro, esto evidentemente es válido para el problema de las ciencias sociales. El H.de.D. podía haber sido observado por un sociólogo (de hecho así ha sucedido, al igual que se puede observar con modelos tan poco sospechosos como los de Radcliffe-Brown o Merton) lo que estudios de este tipo proponen es el modelo de organización y dinámica externa de las relaciones y de los grupos. Pero si, además, lo que nos interesa conocer es la estructura del sistema, las relaciones de poder que se dan en el interior del mismo, la intervención del sociólogo se hace prácticamente inoperante (determinados aspectos de crítica a estas limitaciones de la Sociología pueden encontrarse en Lourau 1978, Lapassade 1974 y Bastide 1967). No digamos nada lo que tiene que hacer un sociólogo si además ha de observar el espacio imaginario y su fluencia, donde se crean y recrean continuas relaciones vinculares.

De esto se desprende que los métodos de observación varían de acuerdo con el plano de profundidad y el carácter estructural de las organizaciones que se observan. El observador-participante en este área necesariamente tiene que deslindar las estructuras de poder que analiza, la productividad del sistema considerado y la relación terapéutica en la que interviene (Lourau & Mendel 1973).

La segunda respuesta al problema metodológico planteado proviene del fenómeno que denominamos "impugnación desde el interior" y al que nos hemos referido en otras ocasiones como "productividad del sistema". Para comprender este rasgo es necesario distinguir entre el conjunto de relaciones, procesos actitudes, conductas, valores de carácter estructural, es decir, todos aquellos fenómenos que manifiestan la naturaleza de la organización considerada en sus relaciones, en sus procesos y en sus efectos. Por poner un ejemplo, el carácter "antipsiquiátrico" de un colectivo no resulta en absoluto de la denominación que adopta sino de los efectos contrainstitucionales que desarrolla y de su impacto social. Desde ahí la impugnación no es un rótulo ideológico de forma, sino que supone y representa el acto efectivo por el que un colectivo asume la transformación de su propio carácter institucional.

Este rasgo, configura teórica y prácticamente una acción que pone de manifiesto el carácter y la naturaleza real de la institución a la que niega e indirectamente denuncia el carácter del sistema social en el que dicha institución se inscribe.

Esta acción, ni se da de una vez por todas, ni está exenta de contradicciones, ni supone una conciencia absolutamente explícita de todos sus agentes. Por lo mismo, un acontecimiento puede revelar rasgos profundos de la estructura real de la organización. La impugnación desde el interior, en la medida en que es contradictoria, que está en proceso, que no posee totalmente su proyecto de transformación, tiende a ser negada por el sistema. Esto en un plano fundamentalmente práctico porque en el teórico la negación asume la falsa imparcialidad del procedimiento estadístico que niega representatividad y significación a aquella aquellas manifestaciones que necesariamente son singulares, precisamente

porque son las manifestaciones de un proceso de cambio que no ha logrado todavía su estabilidad sistemática y normativizada.

Con otra cara aparece aquí el maniqueísmo reductor de lo "normal" y lo "patológico". Estadísticamente, por supuesto, que es registrable la normalidad y lo es porque responde al criterio de constancia de los rasgos que definen la adaptación. Por el contrario, lo patológico queda registrado, no por su magnitud propia y por supuesto no por su significación propia sino porque respecto de un índice que es aleatorio expone una magnitud no registrable. La distinción "metodológica" resulta ser una pura formalización cuyo sistema no es teórico, sino operatorio desde el punto de vista de la estructura del poder. Estadísticamente la impugnación resulta ser excluida teóricamente y prácticamente negada por el poder.

Nosotros al igual que autores como Cooper (o.c.), Jervis (1975) Basaglia (o.c.), Gilli (1972), Parker (1958)... pensamos que hay unidades significativas cuya representatividad, estadísticamente no apresable, está mediada por la distancia existente entre el orden de la estructura y el de los acontecimientos ó el de la matriz productiva y lo producido. Según Habemann, el acontecimiento histórico tiene una consistencia que resulta de su referencia a un orden de causalidad en el que el azar y la necesidad intervienen como componentes esenciales de una organización sobredeterminante, pero en el que cabe la "casualidad" que introduce la acción humana (por sus análisis dialécticos ya a pesar de que estos arraigan sobre un orden tan duro como el de la física, este autor es un interesante exponente de la tradición del "marxismo subjetivo").

Difícilmente pueden ser entendidos los acontecimientos si son considerados con exclusión de su orden de pertenencia y, por tanto, de las condiciones que los producen. Otro autor importante en esta discusión sobre la aplicación de la estadística al orden acontecional humano es Gilles- Granger (1970) que realiza un exhaustivo estudio de los problemas formales planteados por todas aquellas ciencias que tienen como materia el acontecimiento (es curioso resaltar que parte de su argumentación se realiza sobre el examen de la medicina).

Respecto a la importancia psico(pato)lógica de este problemametodológico, hay que pensar que tiene una incidencia decisiva sobre la definición de norma y, en consecuencia, la categoría de desviación. En efecto, lo desviado puede ser todo aquello que no puede ser "racionalizado" o integrado por la capacidad "eidética" del sistema. De esta forma, el sistema realiza su propia economía: hasta cierto punto es legítimo que se considere que lo anormal, lo desnormativizado, lo desviado, lo diferente sean fenómenos a-significantes. Esta carencia de significación solo puede ser establecida a partir del orden que establece un único y posible registro de la significación o racionalidad con lo que todo aquello que se sale de ese orden necesariamente tiene que ser concebido como físico, orgánico, naturalizado...

El ejemplo más típico de esto que venimos diciendo es la falsa polémica que funcionalistas y positivistas sociólogos han mantenido no sólo contra marxistas sino también contra lo que podríamos llamar "tradición liberal" y cuyo exponente más interesante es el "marxista sociológico" R. Mills. Nos referimos a la polémica respecto de si el conflicto es un componente estructural social o, por el contrario, un factor simplemente disfuncional de los grupos y de los individuos respecto a la organización de las sociedades.

Decidir esta cuestión significa, por ejemplo, en política posiciones tan contrapuestas como las de revolución frente a la reforma. Para los que el conflicto es un componente estructural e histórico, el conflicto es la manifestación contradictoria de fuerzas sociales articuladas en torno a intereses antagónicos. Por lo que la única vía de resolución del conflicto es la ruptura de una vieja sociedad y la construcción de una nueva. Para quienes el conflicto no es sino una manifestación individual y no constituyente históricamente hablando, la solución sólo puede darse por un perfeccionamiento progresivo de la propia organización social, mejores oportunidades para los grupos sociales mayor movilidad y una creciente y mejor educación de los individuos que les permita obtener la totalidad de los beneficios que la sociedad puede ofrecer. Pero en último término, será el bienestar de que cada uno cumpla, lo mejor posible, con sus deberes sociales y ciudadanos, para disfrutar integralmente del lugar que sus "merecimientos" le han permitido ganar.

Como se ve, funcionalismo de la adaptación y la resignación, que se pronuncia por una sociedad de libre mercado, por una autoridad firme, por unos valores estables e intemporales en la misma medida en que su origen es natural y coincide con el natural progreso de la sociedad.

Con esos criterios, lo diferente puede ser anormal y la inadaptación lo desviado. Aquí no nos referimos a la diferencia que tendría que ser consustancial con la identidad subjetiva. Nos referimos a la diferencia que provoca la irracionalidad del sistema dominante. Irracionalidad que se da en los procesos económicos y en las relaciones políticas; pero que está presente en ciertas estructuras vinculares, en las condiciones cotidianas de vida, en las "condiciones" de sexo, de "raza", de productor... Es decir, hay una diferencia deseable (pero también perseguida) y una diferencia impuesta. Ninguna de las dos puede ser explicada por el "eidos" de la organización social. De manera que no queda otro recurso que arrojarlas fuera de la comunicación "normal", de la interacción "adaptada", de las relaciones "normativizadas".

Hay, por último, otra situación que puede llevar a confusión al observador: es aquella en la que la "desviación" está garantizada por el propio sistema. No sólo porque ni crítica ni combate auténticamente al sistema, sino también porque puede representar o traducir una cierta imagen permisiva o liberal del poder. En estas ocasiones, aparentemente se produce la transgresión de las normas fines del sistema (como puede suceder con experiencias en las que está presente una cierta carga de renovación anarquizante). Así, se quebrantan los fines de encierro y custodia de lo patológico y se permite una cierta libertad de movimientos y expresión. Sin embargo, se plantea la cuestión de si se trata efectivamente de un proceso contestatario o, por el contrario, de un proceso que aprovecha los huecos del sistema no para combatirlo, sino para "vivir mejor".

La categoría a emplear en estas ocasiones es la "privaticidad". En efecto, cuanto más riguroso es un código de censura de costumbres más posibilidades privadas se dan de transgresión normativa de las leyes del código en cuestión. Así la ley seca de EE UU, la represión sexual en este mismo país, las grandes estafas de los regímenes fascistas, los anuncios propagandísticos... todo ello muestra cómo este sistema y su ideología favorecen la expansión de un individualismo, de la misma manera que se favorece la existencia ilusoria de espacios "privados" donde la "libertad" es un ejercicio de competencia no reprimido durante un rato.

Es decir, todo lo que se niega como libertad pública y colectiva se puede "permitir" como libertad

individual, en tanto que perteneciente a la esfera de lo privado. Por ejemplo, que pueda existir un comité público de moral y "buenas costumbres" capaz de permitir que pase un cartel "pornográfico" de Dalí y que a la vez, los honrados ciudadanos que constituyen el comité puedan tener o tengan sus francachelas semanales más o menos "pornográficas", pero eso sí privadas.

Esta categoría de privaticidad tan frecuente en los estudios de sociólogos de política indica que es posible la desviación normalizada. Que es posible a condición de que no se agudicen las contradicciones del sistema. En el seno de toda institución es posible la transgresión, siempre que ésta no traspase los límites de una práctica privada y, en consecuencia, siempre que acepte la "libre concurrencia" que en otros lugares hemos denominado "coexistencia".

Relataré brevemente una anécdota que no por conocida deja de ser representativa de este fenómeno de privaticidad. En los últimos años de la descomposición del franquismo, con la universidad madrileña convertida en un campo de confrontación política, Franco nombró Rector de la misma al filósofo oficial Adolfo Muñoz Alonso (quien moriría muy poco tiempo después). Conocida la condición beligerante del filósofo, en los medios universitarios se pensó que se abriría un espacio de mayor confrontación ideológica y política. Para sorpresa de todos, el filósofo puso ciertos límites a la intervención de la policía (dificultó más la estrada de ésta en las facultades, la agrupó en lugares especiales del campus y, de alguna manera, la convirtió en una fuerza de cerco que aislaba la Ciudad Universitaria de las zona urbanas adyacentes). Se multiplicaron las pintadas u pareció que surgían nuevas posibilidades de reunión, de asambleas... Hasta aquí los hechos. Dice la anécdota que el mismo Franco se alarmó de lo que parecía un relajamiento en las medidas represivas y el ascenso consiguiente de la oposición universitaria contra el régimen. Llamó a Muñoz Alonso al Pardo y allí le pidió explicaciones sobre la situación. Muñoz Alonso le respondió "Dejemos, excelencia, que los universitarios se reúnan, hables, pinten lo que quieran... mientras lo hagan para los propios universitarios. La conclusión política que busca esa gente es llevar a la ciudad su alboroto. Impidamos esto y ya verá Ud. cómo ser actor y público termina agotando".

Verdad o mentira, la anécdota explica la estrategia política de un filósofo que no por ser fascista dejaba de ser inteligente. Durante su mandato, la represión en sus formas públicas más brutales decayó. Y, sin embargo, el control ideológico y propagandístico se incrementó. Muñoz Alonso encontraba la fórmula que, al privatizar a la oposición, la hacía tolerable para el régimen. La historia sigue y precisamente la no conformidad de la oposición con esta naturaleza privada de su acción le permitió continuar con su condición de oposición política, no aceptando el rol pseudointelectual de progresía que discute de todo lo humano y lo divino, pero no pasa a la acción.

Hay un número especial de "Comunications" dedicado a los acontecimientos del Mayo francés (julio 1968). Los teóricos de la Escuela de Altos Estudios de Paris leyeron desde el punto de vista del "acontecimiento" los sucesos de la revuelta de Mayo (Barthes, Morín, Moles...). Lo que al principio había parecido un simple estallido estudiantil de protesta contra determinados aspectos de reforma universitaria, trascendió de su condición privada para convertirse en un movimiento activista que logró concitar las tendencias de transformación de distintas fuerzas y grupos sociales. De Gaulle indicó políticamente la importancia de este movimiento de trascendencia de lo privado, cuando hizo confluir sobre París las divisiones acorazadas del ejército francés integrados en la NATO. Pensamos que queda ya claro qué desviación social (en todo caso, individual, aunque se trate de grupos) está

dispuesta a aceptar la estructura de poder y qué lugar ocupa y le concede en la organización social.

La situación institucional del H. de D. indica que dentro de la Institución Psiquiátrica sólo se dio una relación de coexistencia. Ni al exterior ni al interior se dio un movimiento (A) de oposición-contestación y (B) de reivindicación consciente (según Lukács). La conformidad con la función adscrita y asumida de privaticidad eliminaba la dimensión política de la transgresión (por tanto, la negativa a combatir en el terreno político del poder). Con lo que sí se podía quedar en pura desviación asumible estadísticamente por la organización psiquiátrica.

Es decir, la condición de privaticidad de la experiencia elimina el carácter de impugnación que puede tener o no un fenómeno de desviación. Esto refuerza la dificultad de observación. Se trata de encontrar la estructura del carácter y la productividad de las relaciones internas de la organización, en este caso privatizada. Situación específica que dificulta la observación por estar reforzado el rasgo de ocultación y de opacidad por el discurso ideológico que cambia de clave pero no de función. Al reforzar la ocultación, el fenómeno de privatización incrementa los índices de reproducción de las leyes del sistema. Y lo hace de manera ejemplar, puesto que sobredetermina la consolidación de las relaciones de jerarquía y el valor productivo capitalista de la institución y de la organización.

Por una parte, las relaciones jerárquicas son delegadas por el vértice de poder de la institución y, consiguientemente, por la estructura administrativa de la que depende la institución. La privaticidad oculta esta dependencia y lo hace tan eficazmente que nadie habla de ella. El "laissez faire" de las autoridades de la Sección y de Administración. Esto produce un polivalente efecto de ocultación. Por ejemplo, toda la reivindicación laboral está sometida a un proceso de cortocircuito, no se puede transmitir y exigir su cumplimiento porque "no hay relación". Pero esto, sin embargo legitima la posición de dirección de la estructura delegada de poder de los contratados. "Legitima" en el sentido jurídico-constituyente del término, como se sabe, en derecho político hay una distinción entre autoridad y legitimidad. Poder legítimo es aquél que se ejerce como consecuencia de la delegación y la representación. Es decir, la organización que había sido creada y que está sostenida por el aparato de poder, se convierte a través de las prácticas de negación tolerante (estructura jerárquica del H. de D.) y desviación privatizada (estructura delegada del H. de D.), se convierte, repetimos, en la imagen distorsionada de una organización democrática. Aparentemente, se da una organización de iguales entre iguales; sin embargo, la estratificación social y la función institucional son absolutamente desiguales. En la práctica ¿Quienes se van? ¿Quién puede expulsar?, estructuralmente se queda el núcleo delegado; imaginariamente se queda "el núcleo militante", el núcleo que afirma la "alternativa", que posee mayor capacidad de sufrimiento y de fortaleza para continuar la "lucha". Se van los que no pueden mantener por más tiempo la tensión necesaria que implica la "oposición contrainstitucional" y la propia relación con los "enfermos".

Si la naturaleza de las relaciones internas queda sobreoculta por la dinámica que acabamos de exponer, la productividad de la organización refuerza, a su vez, esa eficacia de la organización "impugnante". La institución psiquiátrica no se limita a "soportar" la presunta carga del H. de D. En su historia la productividad asistencial del H. de D. ha roto continuamente los ritmos de trabajo determinables para una organización de la magnitud de ésta: la relación terapeuta-paciente y la relación fuerza de trabajo terapéutica desarrollada en este espacio ha superado cualquier previsión capitalista de explotación. "Stajanovismo" como caracterizó un miembro de la Sección (Rivas 1980), a la prestación

productiva de los componentes del equipo del H. de D.

No entramos, por el momento, en los criterios de calidad para valorar esta práctica. Lo que indicamos es la tasa de plusvalía obtenida por la institución hospitalaria del trabajo "oculto" y "silencioso" (otro nuevo concepto sociológico) desarrollado en el H. de D. Como se dice más adelante esta fuerza de trabajo gratuita equivale a más de un 70% de la fuerza de trabajo actuante.

Se puede decir, que priman las necesidades de asistencia sobre los intereses específicos de la institución: el argumento ad hominen que se maneja es el de que la institución no hará nada en caso de que deje de prestarse esta asistencia no contratada; con lo que se llega a la conclusión de que una reivindicación llevada hasta sus últimos extremos sólo puede perjudicar al enfermo. Y, sin embargo, es sólo el sujeto explotado y oprimido el único que puede ser agente de sus reivindicaciones. Es decir, se subvierte el planteamiento político que formalmente se representa para caer en el argumento del despotismo ilustrado y en la práctica de reforzar el carácter de beneficencia de la asistencia psiquiátrica española contra la que se supone que toda orientación progresista (de izquierdas y de derechas) trata de erradicar.

Hay que tener en cuenta, que existen en este punto otros factores que desarrollaremos en otro lugar del trabajo. En este momento, por razones de argumentación, los podemos señalar. En la práctica, no toda asistencia que presta el hospital es de beneficencia, ya que la C.S.P. tiene un concierto con la S.S. que hace que la tasa de plusvalía obtenida llegue a términos absolutos (práctica, por otra parte, no extraña en la clase médica de este país, que constantemente financia con los recursos públicos la necesidad de capital de su práctica privada). De manera que la delegación "fisiócrata" que representa el H. de D. es eficaz económicamente en cualquiera de los aspectos que se consideren.

Con los desarrollos anteriores hemos querido indicar parte de las dificultades con las que este trabajo de investigación topaba. Técnica de observación-participante que ha de obtener sus diferenciaciones por relación al campo observado y, especialmente, por relación a los objetivos marcados. Godelier, en sus conversaciones con Cavenyg, ha subrayado la falsa oposición entre una descripción puramente aséptica y una descripción estructural. De igual manera, el carácter esterilizante que generalmente revisten las prevenciones acerca de la dinámica de observación en las sociedades "calientes". Con todo el desarrollo antropológico contemporáneo ya nadie puede pretender la visión idílica de un etnógrafo que se limita a registrar la imagen de una organización cultural. Y, por otra parte, tampoco nadie sostiene la incapacidad de análisis crítico para poder intervenir epistemológicamente en una organización actual. Mantener esto supondría la eliminación científica de la sociología, la antropología o la patología... en la medida en que el observador pertenece a campos análogos de intervención práctica o de afectación.

Queremos, entonces, indicar que nuestra investigación se sitúa en el marco técnico de los trabajos de campo y que se desarrolla en técnicas de observación que intervienen en el plano de reducción de los acontecimientos a sus relaciones y operaciones sistemáticas, a la vez que éstas son reducidas a la matriz estructural productora. Que la investigación, en tanto que estructural, posee siempre tres rasgos ineliminables, puesto que son constitutivos de la metodología estructural: rasgos de dinámica del sistema, génesis del sistema, productividad del sistema y contextualización del sistema.

Todos estos rasgos poseen una interrelación dialéctica que solo a efectos explicativos puede ser

descompuesta. Hemos seguido orientaciones que en parte, proceden de la Teoría General de los Sistemas de una Teoría General que está "corregida" epistemológicamente por los correctores del procedimiento dialéctico. En Bastide (1962), en Lefebvre (1969,1975) y en Piaget y otros (1966), se puede encontrar esta concepción crítica del concepto de estructura abordado desde una perspectiva dialéctica. De la Mata (1971) realizó un examen exhaustivo de la comprensión dialéctica de la estructura. Lo que aquí podemos destacar es que la significación de un fenómeno se obtiene por la conexión multivariada de este fenómeno en tanto que procede de un sistema, con estructura abierta o cerrada. Desde esta consideración, no existen en propiedad variables independientes, ya que la pertenencia al todo estructural lo que indica es una multideterminación del acontecimiento como producido y sostenido por la red de sus determinantes y sus condicionantes.

Aún siendo una experiencia que tenía características propias, el H. de D. no puede ser considerado ni explicado fuera del contexto político y psiquiátrico de su nacimiento, desarrollo y momento presente. A su vez, ese acontecimiento organizativo tiene lugar en los intersticios de un proceso general histórico en el que se desarrolla la liquidación física del franquismo y su evolución en los procesos sociales y políticos de su transformación hacia las formas de democracia restringida que adopta la transición reformista del aparato de dominación. Es destacable que en este proceso el H. de D. de la C.S.P. de Madrid no realice ningún esfuerzo por salir de su privaticidad y que sea el momento en el que se haga cargo una Administración de izquierdas el que aprovecha, el encargado de la experiencia, para autoliquidarla.

Este punto es esencial para la comprensión del carácter estructural e histórico que adopta nuestra investigación. En efecto, dos tercios del grupo contratado y dirigente deciden en mayo-junio de 1981 dar por finalizada la experiencia. Por supuesto, dado el estilo de ambigüedad y ocultación que preside la historia de la dinámica del H. de D. las cosas no se presentan de este modo: no se dice que el staff contratado deja la organización del H. de D. por una contratación que, cuando menos, se puede interpretar desde la óptica de un ascenso en la escala jerárquica de status y prestigio social (en el marco interno de la Psiquiatría). No se señala tampoco la contradicción principal que se ha mantenido durante siete años oculta: se dice que la experiencia "antipsiquiátrica" del H. de D. se puede continuar; pero no se dice que de hecho la relación delegada de poder se ha roto y se ha roto la propia privaticidad, porque el único miembro contratado que queda tiene un status administrativo de A.T.S. y no de médico en cualquiera de sus expresiones institucionales (adjunto ,jefe clínico...), ello supone que no puede hacerse cargo de la experiencia. Es más, la dirección efectiva de la continuidad de H. de D. se entrega sin ninguna oposición a la ordenación administrativa, la cual designa a dos médicos adjuntos pertenecientes a la escala jerárquica del hospital para la dirección del misma.

Por supuesto, la contradicción que señalamos no tiene en absoluto ninguna derivación personal, ni discutimos la capacidad de estos médicos para dirigir técnicamente el H. de D., ni valoramos sus supuestos ideológicos de comprensión de la gestión. Lo que indicamos es un acontecimiento que pone de relieve la ideologización privatizada que encubría el supuesto autocalificativo de práctica asistencial antipsiquiátrica. Si se quiere utilizando una referencia personalizada, el director, en los siete años de gestión de H. de D., ni se sale de los marcos institucionales que aseguran su experiencia ni hace otra cosa que no sea usual dentro de los hábitos de cultura y gestión en las prácticas médicas dominantes: gestiona autónomamente, como tantos otros médicos lo hacen dentro de su propio ámbito de poder, es decir, la gestión privada de su práctica asistencial. Que esta práctica no posea la dimensión de lucro

que entrañan otras prácticas dentro de las instituciones, no atañe para nada a los rasgos definitorios de sobredeterminación médica, psiquiátrica e institucional de la privaticidad de esa práctica. Y las necesidades de lucro, de prestigio, de fama o de afán de notoriedad... son elementos a tratar en otro lugar, ya que no modifican la definición de la naturaleza de una organización de este tipo.

Un último factor que conviene aquí resaltar, en lo que se refiere al control de la experiencia, ha consistido en un proceso de supervisión continuo que contribuía a caracterizar el trabajo de investigación y su especificidad psicológica. Ya hemos indicado la dificultad que entraña la relación terapéutica en cuanto que se entra a formar parte de un grupo de poder (frente a los "enfermos") y que esta inclusión significa frente al enfermo un cuestionamiento de determinadas técnicas o instrumentos utilizados tradicionalmente en la observación. Uno de los controles metodológicos que tuvimos que utilizar es el de la supervisión tal y como se practica en análisis institucional y en la práctica terapéutica.

Desde el primer momento y con una frecuencia estable de dos sesiones semanales fuimos realizando el control de nuestra intervención. Siempre que fue necesario, en los momentos de crisis institucional o de tensión superior dentro del equipo, estas sesiones se incrementaron. Mediante ellas se fue analizando no solo el material de trabajo que yo aportaba sino también la propia actividad como terapeuta, así como mi análisis como representante del colectivo al que pertenecía (técnica, ésta, habitual en los miembros de un grupo de socioanálisis) siendo analizada a mi vez por dicho grupo. (ver Mendel o.c. y Lourau o.c.).

El efecto metodológico más importante de este control de supervisión tiene que ver no sólo con la objetivación del material obtenido, sino más específicamente con el mantenimiento del la posición de observador dentro de la organización. Una investigación que no esté sostenida por un control de supervisión corre el riesgo de inutilización científica por quedarse, quizás, en una mera descripción. El activismo desenfrenado y una continua vocación de gheto por parte del equipo terapéutico podían haber llevado al traste la condición de independiente de un observador no controlado.

2. Formulación de hipótesis

a) Área referencial y recogida de datos.

Sobre las bases anteriores y una vez que fui aceptada, iniciamos en Julio la primera fase de la investigación. Decimos primera fase, porque el trabajo tuvo un desarrollo diferenciado. En los primeros meses, se puede decir que nos dedicamos esencialmente a la definición de las relaciones existentes en el interior del H. de D. Recogimos material acerca de la realización práctica de C.T. y de las relaciones de poder que se daban en su interior. Igualmente, analizamos centrándonos en su dimensión productiva asistencial, las relaciones socio y psicoterapéuticas y las actividades colectivas sin entrar todavía en sus aspectos técnicos (marco referencial psicopatológico, adscripción teórica de las técnicas...). Así mismo, fuimos contextualizando el H. de D. en su historia y en la historia de la institución a la que pertenecía. Señalamos las relaciones existentes entre dicha institución y H. de D.

y, por tanto, la relación que se daba por una parte entre los staffs correspondientes, los equipos y los "enfermos".

Esta fase de estructura sociológica y política se fue realizando de acuerdo con criterios de contraste de experiencias semejantes. Por supuesto que tuvimos en cuenta los distintos conatos de alternativa que se habían producido en el estado español en los últimos catorce años. Pero en relación con el modelo extranjero que pudiera servir de referencia tuvimos distintas dificultades. Un análisis de las pretensiones de H. de D. respecto al modelo italiano nos llevó a rechazar las aparentes analogías. Además, en las experiencias del Reseau (presentado como Alternativa) el H. de D. no se presentaba, por otro lado, no existían razones que hicieran homologables las pretensiones de este colectivo con la actuación que desarrollaban colectivos franceses, suizos, belgas o americanos. Después de un laborioso trabajo, pensamos que por distintas razones (sociales, políticas, económicas e ideológicas-asistenciales) que la experiencia española que estábamos analizando, podía guardar un cierto orden de correspondencia con la experiencia desarrollada por Grimson en el hospital argentino José Esteves de Lomas de Zamora (Grimson o.c.).

Esta primera fase dura, aproximadamente, cinco meses y está marcada por dos acontecimientos públicos: la celebración del XV Congreso de Neuropsiquiatría y de una Semana de Salud Mental patrocinada por el Servicio de Extensión Cultural del Hogar del Empleado que se desarrollaron en Noviembre (1980) en Madrid. El H. de D. realizó un tímido intento de exposición pública de sus actividades asistenciales ante un público mayoritariamente profesional. En el segundo evento la presentación fue claramente distorsionada y fue contestada. La mayor parte de los problemas suscitados quedaron sin respuesta. A partir de esos momentos H. de D. no volvería a buscar expresión pública sino en los últimos momentos de su desaparición (julio 1981) cuando los restos del equipo presentaban la tardía protesta por su desaparición y por la falta de contratación. Protesta ilusoria porque el núcleo dirigente de H. de D. ya habían pedido la excedencia del centro y los asistentes voluntarios y un residente no tenían entidad alguna, por sí solos, dentro de la institución. Parece que la asistencia de los "enfermos" no contaba en estos momentos como se decía durante los siete años anteriores. Es significativo que sea el momento posterior al "traspaso" de la función de encargado H. de D. se plantee la necesidad de reivindicar un status de contratación, para los asistentes voluntarios.

La segunda fase está ya claramente orientada a analizar la estructura del conflicto básico y la propia comprensión teórica e ideológica del abordaje de la enfermedad. Hay que indicar que, para el observador, fue la primera fase la de mayor tensión. COmo se verá más adelante, en la primera fase la observadora fue sistemáticamente perseguida, en la medida en que por la propia observación mantenía manifestaciones críticas al interior de las del equipo terapéutico. Se manifestaba, al igual que con los demás, un estilo de reducción psicologista de los problemas y una descalificación permanente y pública de cuantos no compartiesen los criterios de una adhesión personal absoluta e incondicional. Aspectos, estos, que ponen de manifiesto un método o estrategias, históricamente constatado, de resolver las diferencias en el interior del equipo (ver en el punto 1. el apartado b): la descalificación primero y la expulsión después.

En cuanto a la naturaleza del conflicto se va a plantear desde una concepción personalista y acrítica de la normativización de las relaciones internas. Anteriormente hemos indicado las características de

un discurso ambiguo que genera actitudes rígidas de seguimiento e inhibiciones. Hay un conflicto que se puede señalar como opacidad de la situación, falta de claridad, de democracia interna, confusión de roles y responsabilidades y que se expresa ejemplarmente en la inexistencia de criterios estables. Otro plano del conflicto es el que se ha señalado como consecuencia de la situación de inseguridad laboral de gran parte del equipo. La carencia de perspectivas de futuro y el activismo que preside todas las actividades impide la necesidad de una reflexión colectiva y de una puesta en común profunda de orientación de H. de D. y sus posibilidades efectivas de poderse convertir en un punto claro de referencia.

De estos dos planos, más la inseguridad, más la opacidad respecto a las relaciones reales que se mantienen... van a aparecer distintas expresiones sintomáticas que no tienen otra lectura que no sea la de la desconfirmación y la negación.

En relación a los "enfermos", el conflicto aparece también como expresión de prácticas contradictorias entre la formulación explícita de C.T. y las relaciones jerárquicas. La confusión que se induce entre lo que efectivamente es un orden de la legalidad pero que se niega y oculta, y la continua proclamación de mensajes pertenecientes al orden ideológico de la "antipsiquiatría" produce la emergencia de vínculos irracionales(que ni siquiera se intenta facilitar al sujeto qué es lo que le está pasando). La C.T. deja, entonces, de presentarse como un lugar donde se expresa y se contiene la crisis para profundizar en ella, para buscar salidas que no pueden tener otro lugar de destino que la vida real. La C.T. pierde "valores curativos" para poseer valores confusos y utópicos.

Todo ello está en interacción directa con el marco teórico desde el que se aborda la enfermedad. Existe un lenguaje más o menos específico, pero en el que se tiene a gala el desprecio por toda racionalidad psico(pato)lógica. Lo que denunciaba Jervis tanto en su manual como en sus intervenciones ante el Reseau tiene, en esta experiencia, un exponente muy alto: no hay claridad respecto a un concepto estricto de tratamiento, eclecticismo de técnicas y espontaneísmo permanente en su aplicación. Salvo en la perseverancia con la que se fomenta y se realiza el acting out, todo se improvisa y cualquier juego o experiencia es buena de acuerdo con las circunstancias del estado de humor cotidiano. Técnicas procedentes de los grupos de encuentro, de modificación de conducta, de psicosociología funcionalista, de las teorías de los juegos y/o dinámicas, que se mezclan sin que haya realmente un esfuerzo colectivo de unificación e integración bajo un sistema o un paradigma común.

Se condena no el saber sino la pretensión de saber. Esta falta de formación profesional básica, el activismo y el espontaneísmo de nuevo denuncian la existencia de unas relaciones de poder. En efecto, la inseguridad profesional del terapeuta refuerza la posición del dirigente. En ocasiones, porque se supone que el dirigente sí tiene que saber, otras veces, el error o la orientación equivocada no tienen otro refugio que la protección de parte del núcleo de poder.

Esta segunda fase dura aproximadamente otros cinco meses. Con todo, que no se crea que hay una delimitación rígida de las fases entre sí, sino una complementación dialéctica.

En la tercera fase, de ordenación del material y operativización del mismo por relación a dos nuevas variables: la tolerancia al cambio y la propia capacidad crítica del colectivo. En esta última fase el

observador participante pasa a una práctica más testimonial y juega con contrastes. Testimonial en el sentido de que va recogiendo y sistematizando las distintas formulaciones de las contradicciones existentes así como trata de que recaiga la atención colectiva en los síntomas que sintetizan la existencia del conflicto. Por otra parte, la partida del núcleo dirigente y la inevitabilidad de continuidad en la experiencia señalan la incapacidad del equipo restante para asumir el cambio. Más exactamente se advierte que que no existe propiamente un equipo si por ello entendemos unos marcos comunes de reflexión e intervención, una funcionalidad interdisciplinar y una estrategia organizativa. Esta invertebración del equipo pone, una vez más, de manifiesto la ambigüedad y la política de privaticidad que definen la intervención de las relaciones de poder.

En los momentos finales de este trabajo, de nuevo comienza a desarrollarse la política del rumor. Se hacen promesas individuales de continuidad a distintos miembros del equipo y a algunos hasta se ofrece un mismo puesto (ilusorio). Favoreciendo expectativas falsas, actitudes de rivalidad e insolidaridad colectiva. En una posición, en cierta medida, paralela a la de Basaglia (aunque en Gorizia había miembros del equipo contratados y que después continuarían). (Ver Jervis 1978 y Gil Ruiz & De la Mata 1981).

Ante todos estos acontecimientos el equipo había demostrado su incapacidad crítica y de reflexión, el ejemplo que consignamos como terapeuta síntoma, incapaz de llevar a cabo lo que se proponía, hacer de la asamblea un espacio de problematización y de discusión abierta. La actitud de los demás terapeutas ante este intento de exposición crítica era de un bloque cerrado y defensivo que se opuso resueltamente y con energía a cualquier tipo de expresión. Falta de reflexión porque ya no hubo que elaborar la posición de esta persona, una vez más, con la descalificación personal bastaba. Y si planteabas que como mínimo había que escuchar lo que este terapeuta decía, se te contestaba públicamente que también tú “has perdido el rumbo”.

Estos son a grandes rasgos, los momentos que nosotros hemos consignado importantes, además de los acontecimientos de accidente que sucedieron durante este año. A finales de junio di por cumplido mi compromiso personal y dejé la institución. En este último tiempo se había producido la incorporación del nuevo personal directivo que se haría cargo del H. de D.

Como síntesis, podemos decir que el método de observaciónparticipante que aplicábamos a un espacio productor (terapéutico), no se limita a ser un procedimiento descriptivo. Además la naturaleza no experimental del referente impedía la utilización de instrumentos estrictos de medición. Una comprensión dialéctica del tratamiento del área referencial considerada supone una investigación estructural y de contextualización histórica del sistema observado. Buscamos las dos constantes que define un análisis institucional:

· productividad
· relaciones de poder

A partir de ese momento, la estructura sincrónica se remite a su proceso de formación y a sus efectos reproductivos (procesos de reproducción de la naturaleza de la organización institucional en la que se inscribe el referente considerado) ó constituyentes (toda práctica contrainstitucional es efectiva no sólo en la medida que “niega” la formación social dominante de poder sino también, y sobre todo,

en la medida en que positivamente segrega una organización opuesta o alternativa. Por supuesto aquí se presenta una objeción que procede del análisis político anarquista que pretende que toda la positividad del acto de oposición se desprenda de su negatividad. Nosotros pensamos que en un proceso total de lucha institucional sólo puede permanecer como positivo lo que consigue darse una organización propia, a la vez que disuelve la organización impuesta).

De otra parte, la significatividad de los acontecimientos sólo se puede dar por atención a la matriz productora. La interdependencia de las relaciones y la consideración de que todo proceso, toda relación, todo acontecimiento... están causados (tienen sus leyes de génesis) es lo que nos hace proponer y buscar el sistema al que todos estos fenómenos pertenecen. Así la sincronía y la diacronía se convierten no en parámetros separados sino en parámetros interdependientes que definen la cara y el envés de cualquier fenómeno.

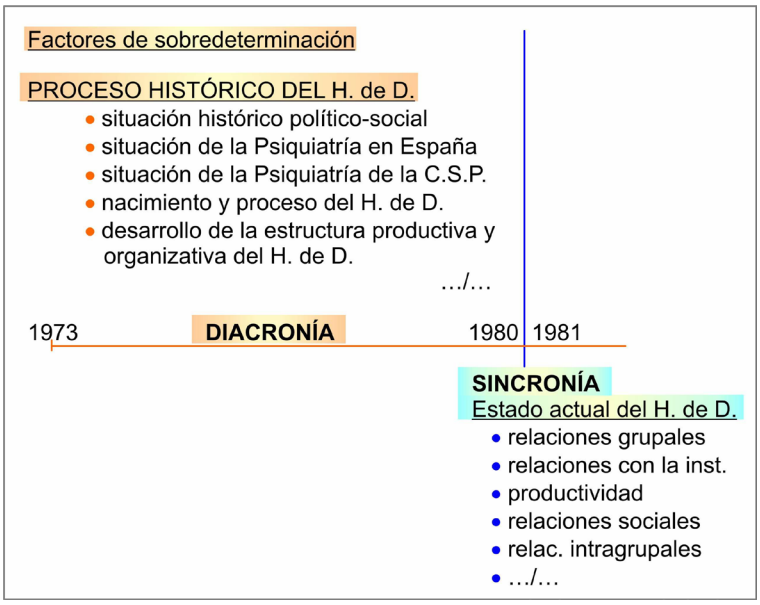
Esta totalización dinámica es lo que propiamente se considera como causalidad histórica del sistema. Quiere decir, no es posible considerar ninguna organización sin el "movimiento" que le es propio. No es posible considerar ninguna organización fuera de las relaciones que instituye, fuera del origen que la funda y fuera de la operatividad que establece respecto a la organización de nuevos factores, fuera de la productividad que realiza.

Solventamos con este procedimiento la contradicción entre la necesidad de constantes que tiene una ciencia y el orden acontecional en el que se instala todo referente histórico. El procedimiento no es exclusivo de la "mentalidad dialéctica": lo encontramos también en el marco de la lingüística y en su distinción entre lengua y habla. El orden de la lengua es el orden sistemático de la estructura abstracta, analizada en su sincronía. El orden del habla o de la palabra es el orden dinámico de efectuación práctica de la estructura abstracta de la lengua. De ahí que la lingüística tenga que ser "completada" por arriba con la semiótica y por abajo con la comunicación (aspectos estos de los que hemos hablado y estudiado al establecer las dos realizaciones concretas del modelo dialéctico).

Desprendamos, pues, dos momentos en el registro de la investigación: Por el primero, establecemos, desde la sincronía del sistema obtenido por observación, la estructura que da cuenta de la contextualización de todos los fenómenos así como la productividad (en este caso, asistencial y de carácter institucional o contrainstitucional). Por el segundo, establecemos los procesos que han dado lugar al sistema y su propia dinámica histórica (=diacronía del sistema). Nuestra investigación se "benefició" del acontecimiento de conclusión de la experiencia que no había sido hipotetizado. Esta conclusión vino a ratificar, desde un nuevo ángulo, gran parte de la verificación de hipótesis y conclusiones de nuestra investigación.

Con estas consideraciones no es posible modelizar la investigación en términos de variables independientes, como ya se ha indicado anteriormente; muy al contrario hay que hablar de causalidad estructural, distinguiendo en ésta entre condiciones determinantes y factores sobredeterminantes (factores de sobredeterminación). Este último concepto procede de estudios marxistas clásicos (se puede ver en Althusser 1971 y Bettelheim 1974). La sobredeterminación se ha estudiado en Psicología a partir de la lectura estructuralista de la obra de Freud.

Operativización de estos factores en nuestro trabajo: .



Otra conclusión que nos parece importante es la que elimina el realismo ingenuo de la objetividad, tema que Lévi-Strauss señalaba como "no-figurabilidad" del método estructural dialéctico. Esta nofigurabilidad es lo que en marxismo se designaba como "concreto de pensamiento" y que De la Mata ha llamado "proceso de objetivación", en el que el objeto científico no resulta ser una "copia" de lo real, sino la transcripción conceptual de la operación epistemológica sobre el material de referencia. Distintas manifestaciones de este procedimiento se pueden encontrar en Godelier, Mouloud y otros (1974) y en Geymonat y otros (1975).

En De la Mata (1971, 1973, 1980 & Gil Ruiz 1982), se ha llevado a cabo un estudio riguroso de estructura y causalidad dialéctica en el objeto psico(pato)ógico. Allí, así como también en las dos primeras partes de este trabajo, se ha desarrollado este rasgo de no figuración de los modelos científicos. Lévi-Strauss lo señala cuando afirma que "la noción de estructura social no se relaciona con la realidad empírica sino con los modelos construidos" que son los que dan cuenta de los hechos observados y ya Marx en la "Introducción a la contribución a la crítica de la Economía Política" señalaba lo siguiente :"...Parece que el buen método es comenzar por lo real y concreto..., sin embargo, cuando se examina la cuestión con más detenimiento, se advierte que existe en ello un error... El método científico correcto es el que va desde las nociones generales a las concretas. Lo concreto es concreto por ser síntesis de múltiples determinaciones; por lo tanto, unidad de la diversidad. Por ello se presenta al pensamiento como proceso de síntesis, como resultado no como punto de partida....En el método científico, las determinaciones abstractas conducen a la reproducción de lo concreto por la vía del pensamiento...El método que consiste en elevarse de lo abstracto a lo concreto no es para el pensamiento sino la manera de apropiarse lo concreto, de reproducirlo, en forma de un concreto pensado". (El subrayado es nuestro).

Este texto se sitúa en una tradición .epistemológica que tiene a Galileo como primer punto de partida ("introducción a los Diálogos") que pasa por Hegel ("Lógica") y que en la actualidad tiene

representantes tan característicos como son aquellos investigadores, aunque aparentemente desde posiciones distintas, que apelan incluso a la imaginación como fórmula que manifiesta la creatividad que supone el pensamiento científico en cualquiera de las manifestaciones de su intervención (Bachelard, R. Mills, CanguiIhem, Mouloud y Lecourt entre otros).

La diferencia entre un análisis estructural y un análisis positivista radica en que el primero se aplica a lo que Althusser (1965) llamó "...todo complejo estructurado con dominación" y que nosotros hemos definido como estructura abierta de causalidad con sobredeterminación. Se utiliza un sistema de conceptos dialécticamente interconectados cuya interrelación expresa la naturaleza de las relaciones que aparecen en el sistema y su dinámica. Esto supone la superación de un análisis positivista de carácter "abstracto" y dogmático, incapaz de comprender cómo se manifiesta la contradicción en cada situación concreta y cómo a partir de estas situaciones concretas las manifestaciones de la contradicción pueden cambiar, cambia de hecho por no ser la suma de las partes.

El método estructural dialéctico de la observación lo que nos enseña es que la naturaleza de las relaciones sociales de producción y sus condiciones, así como sus contradicciones no aparecen "directamente" sino a través de los efectos que producen. Los conceptos científicos nunca son simples, porque reflejan objetivamente un todo concreto, vivo y complejo. Lo que significa que toda realidad organizativa es siempre un todo complejo estructurado que implica un conjunto de contradicciones de manifestaciones múltiple. Esto es lo que hemos querido expresar al indicar anteriormente las distintas categorías ("ocultación" "noimpugnación", "privaticidad"...) de la contradicción principal representada por una organización que vayamos a analizar.

b) Organización de hipótesis: criterios operativos.

Las consideraciones anteriores nos sitúan ante el método utilizado de formulación de hipótesis. Por definición en antropología el trabajo de campo se detiene exclusivamente en la determinación de las técnicas de observación, definiendo el proceso de lo que se denomina investigación etnográfica; es el segundo momento de formulación etnológica el que ensaya las distintas propuestas de organización estructural. Nosotros, en la medida en que el objeto de investigación estaba delimitado, configuramos un sistema de hipótesis que axiomática y operatoriamente fuera capaz desde el primer momento de ordenar la investigación, procedimiento a dirigir la sistematización de los observables estructurales.

Esto requiere una mínima explicación: en toda investigación estructural lo que se contrasta siempre es un modelo conceptual con una realización práctica. El modelo nos proporciona el conjunto de principios de partida y las técnicas de su operativización, de manera, que lo que buscamos está siempre orientado por la capacidad heurística(o de descubrimiento) del modelo elegido Como plantea Canguilhem, un experimento es una pregunta formulada desde el experimentador que "obliga a los hechos" a responder positiva o negativamente. Ver Tuillier (1982), Gillispie (1980) y Lohle (1968) .De la misma manera, un modelo estructural determina el área de referencia a investigar, para dar cuenta de todos los hechos observados, o lo que es lo mismo, totalización o contextualización o causalidad de la actividad productiva del sistema.

La formulación de hipótesis (axiomas y operaciones estructurales) se estableció del siguiente modo (en uno de nuestros socioanálisis):

I. El concepto de organización social definida desde e1 sistema de relaciones internas y su productividad específica resulta de la operación de modelización de aquellas otras organizaciones de producción idéntica que sirven como marco de contraste. En nuestro caso, los dos modelos propuestos se refieren a la organización de C.T. realizadas ó desde una política de reforma institucional llevada a cabo por los agentes delegados del poder estatal ó de organización de impugnación que procede de un proyecto de intervención transformadora de las condiciones dominantes de asistencia social. En breve, C.T. Reformista ó C.T. Alternativa. No descartábamos que la organización analizada presentara lo que en términos conceptuales de la Teoría de los Sistemas Sociales se denomina "VERDIGUNG" (=combinación estructural de rasgos procedentes de formulaciones distintas).

II. Respecto a la inserción institucional o contrainstitucional de la organización analizada cabe una tercera posibilidad que, poseyendo el carácter institucional se sitúa al margen de desviación tolerado por el sistema (característica común a toda marginación social A esta situación se alude con el concepto de "privatización"; aunque está inserta en la cadena de causalidad institucional, parece quebrantar la norma de productividad dominante. Sin embargo en la medida en que la productividad de la organización considerada no contradice la línea de productividad dominante, en esa misma medida evidencia su naturaleza institucional de vida y no impugnante. La privatización produce un efecto naturalizador que suprime tanto en la oferta como en la demanda toda activación política de signo contrario a la política asistencial dominante.

III. El orden estructural de la organización revela el carácter político social de ésta, sin embargo, ese orden estructural depende también, tanto de la historia de la organización como de su momento constituyente. El concepto de "transición" manifiesta la conexión causal con las organizaciones precedentes y coexistentes al mismo proceso de desarrollo de la organización considerada. Con este concepto no se puede establecer una teoría general (ya se considere la transición desde un punto de vista reformista ya de alternativa política). Son las condiciones concretas de cada situación histórica y el nivel de desarrollo alcanzado por la contradicción examinada (en este caso la asistencia psiquiátrica) las que determinan el proceso mismo de transición o constitución de la organización examinada. Para nuestra investigación, tenía gran importancia el establecimiento de las condiciones que determinaron la aparición del H. de D., como condiciones determinantes de la raíz reformista, contrainstitucional o "privada de dicha organización.

IV. De las hipótesis anteriores lo que resultará de su operación (técnicas de observación y de recogida de datos es lo que en términos clásicos se denomina "KERNGESTALT (=estructura del núcleo productor). Esto significa el establecimiento de un concreto conceptual que da cuenta de la especificidad concreta de la organización real. Esto es, se pone de manifiesto la diferencia específica que manifiesta a la totalidad concreta en la estructura de su organización y producción. Nuestra investigación, pues, concluye conceptualmente en un modelo teórico que expresa la realidad concreta del H. de D. Desde ahí, nuestro trabajo deja de ser descriptivo para establecer las propiedades no accidentales del sistema y su articulación funcional (=distribución del poder y relaciones sociales de producción con indicación en la tasa de plusvalía obtenida).

V. El anterior concepto de privatización tiene también otra formulación en sociología política: es el concepto de "brecha" o "residuo real" que manifiesta la existencia de núcleos productores

no rigurosamente capitalistas, pero que son funcionalízados y totalizados por la estructura capitalista dominante. Este concepto, en su eficacia crítica, tiene la importancia de subrayar el valor del "trabajo silencioso" y, en este sentido alcanza una aplicabilidad de explicación no sólo respecto a la existencia de modos residuales de producción dentro de un sistema de dominante capitalista, sino también la eficacia explicativa de grupos o fuerzas sociales sobre los que opera una doble explotación como puede ser el caso del trabajo doméstico. Ni qué decir tiene que en el H. de D. aparece la doble explotación que resulta de la estructura asistencial institucional y de su gestión personalizada.

VI. El anterior concepto desarrollaba dos líneas complementarias que venían a definir dos nuevas hipótesis. Por la primera, veníamos en definir este residuo productivo desde la comprensión de las relaciones organizativas y culturales que caracterizan a la institución hospitalaria. Como han demostrado exhaustivamente todas las investigaciones que tiene por objeto el "cambio" dentro de las instituciones psiquiátricas (Majestre 1973 y Foudraine 1971),muestran que la táctica más difundida de resistencia al cambio consiste en la formación constante de diferencias estratificadoras en subgrupos diferenciados. La existencia de un reparto asimétrico del poder, el "lugar" que ocupa cada uno dentro del sistema, las diferentes formas de ejercer la autoridad o de recabar la legitimidad, las técnicas de difusión del rumor... indican la estrategia autoritaria de conservación del poder. Se puede citar entre otros autores que han estudiado este tema en profundidad: Sastre (1960), Lapassade (1977), Goffman (o.c.,1959), Mishler (1955) Levenson (1961), Lemaire(1969), Dosse (1979), De la Mata (1979) y Barton (o.c.). Por supuesto, esta organización de las relaciones y su correspondiente estructura de poder no se explican desde la organización residual considerada, puesto que esa residualidad está provocada por su relación reproductora de la organización dominante (aquí, el sistema hospitalario tradicional).

VII. Por la segunda línea, ya se demuestre el carácter contrainstitucional de la organización estudiada ya su condición residual en el sentido anteriormente explicado, llegamos a una serie de conclusiones que establecen la validez operativa de las hipótesis de partida: en cualquiera de los dos supuestos, la organización queda inscrita en una dinámica social y dinámica más amplia. Si se trata de una auténtica medida de impugnación no puede mantenerse si no es a condición de conectar con el resto de los procesos de las prácticas de oposición a las formas dominantes de poder. Si se trata, por el contrario de un fenómeno de "residualidad productiva" o de privaticidad tampoco es posible pensarlo sino como "sostenida" por el modo de producción dominante y, en consecuencia, como amparado subordinadamente por las regulaciones de poder dominante. O dicho de otra manera, ni como residuo, ni como práctica de impugnación la experiencia puede darse aisladamente o sin contextualización económico-política. De donde se puede desprender un nuevo rasgo de diferenciación: no existe práctica de oposición que no se vincule al movimiento de oposición dentro de la principal contradicción histórica (conexión al movimiento popular de oposición política). Al contrario, un residuo, una brecha, una privatización sólo puede mantenerse bajo el supuesto de subordinación a la estructura dominante. Hay que ver, por tanto, la forma de subordinación del H. de D.

VIII. Estas hipótesis tienen, evidentemente, su reflejo tanto en la producción asistencial como en la misma naturaleza de la relación terapéutica. Queremos decir, que la naturaleza del sistema no se muestra sólo en la práctica del colectivo terapéutico, sino también en sus

efectos sobre la acción de la población terapeutizada. En primer lugar, el carácter de las relaciones en el interior del colectivo: el hecho de configurar la asistencia a partir de la base de organización comunitaria, se supone que existe un sistema de reglas que la totalidad del colectivo se da para gestionar la propia interacción cotidiana (con las limitaciones que imponen la situación político-social concreta). En segundo lugar, el hecho de que una práctica asistencial se caracterice como "antipsiquiátrica" supone un concepto de "enfermedad" que define a ésta como perturbación estructural y psicológica de las posibilidades de interacción autónoma (relativamente) y creativa del individuo. La terapia a aplicar ante esta forma de concebir la locura, tiene efectos en los planos subjetivo personal y político del conflicto. La C.T. se convierte primero en un espacio donde la manifestación de la crisis no conlleva la represión-marginación del sujeto. Segundo, en el espacio donde es posible gestionar la comprensión y superación de esa misma crisis. Tercero, se convierte en el lugar a partir del cual es posible proponer un nuevo "modelaje" de inserción activa en lo real. Por tanto, la terapia en la medida que es capaz de provocar la intervención activa del sujeto en la elaboración imaginario/simbólica de su conflicto, en esa misma medida se convierte en la organización que le permite al sujeto "enfermo" la reivindicación activa de su autonomía, identidad y responsabilidad. Es decir, la terapia es el planteamiento de un espacio activo en el que el poder (poder que detenta el terapeuta y que es suscitado y legitimado por la demanda del paciente), en donde el poder, repetimos, más la decisión contradictoria del paciente ponen las bases de una relación en la que lo que se disputa es compartir, imaginariamente el poder. Imaginariamente en la misma relación terapéutica, pues el fin simbólico o real de la terapia es que el sujeto alcance la cota de poder que exige su interacción subjetiva, personal, social y política. Al contrario, una práctica asistencial psiquiátrica no resolverá, caso de hacerlo, sino la adaptación del individuo suscitando en él las conductas de dependencia (técnica, asistencial, familiar) e inseguridad (falta de autonomía, identidad subordinada, resignación, temor a la recaída...) al destacar el concepto "individual" de enfermedad y el papel activo del saber de las técnicas que requieren la pasiva obediencia del "enfermo".

IX. Vemos así que la productividad (marco de la terapia, esquema referencial de la terapia, realización misma de la terapia o su disolución) establece el orden estructural que se encuentra: a) en la organización institucional del referente observado; b) en la estructura de las relaciones internas al equipo terapéutico; c) en la organización total del colectivo y en los efectos de la acción terapéutica sobre los pacientes. Es la conducta individual y colectiva de estos últimos, tanto al interior como al exterior, lo que caracteriza el tipo de dinámica que designamos como relación terapéutica. Se puede consultar Linares (1976), Barton (o.c.), Basaglia (o.c.), Jervis (1978), Berke (1980), Goffman (o.c.), Levinson y Galager (o.c.), Bion (1943), Foucault (1980), Laing (1970), Dobb & Poletti (1981) y/o Phillips (1963).

Estas hipótesis son las que guían los contenidos próximos. Su conclusión, en un sentido o en otro lo obtendremos finalmente en el apartado de conclusiones de nuestro trabajo. Por supuesto tales conclusiones, de alguna manera, son operantes a lo largo de todo el escrito. No olvidemos que la reflexión sobre el material ha necesitado no menos de un año. En lo que sigue, no siempre hemos evitado un cierto apasionamiento en la expresión. Quede la frialdad expositiva y argumentativa de las dos primeras partes y en ésta, la fundamentación epistemológica.

II. Estructura y organización de la Institución Hospitalaria-Psiquiatrica de la C.S.P. de Madrid (Hospital de Día).

0. Institución psiquiátrica y Comunidad Terapéutica. Ubicación territorial.

El lugar en donde se realizó esta investigación fue el de las Clínicas Psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria Provincial (C.S.P.), dependientes de la Diputación provincial de Madrid. Fueron creadas, en un lugar céntrico de Madrid, en 1969. Esta ubicación tiene gran importancia, ya que, generalmente, los manicomios y otros centros psiquiátricos de asistencia pública se establecieron en lugares distantes al núcleo urbano, alejamiento al que la Administración siempre justificaba con distintas razones (un ejemplo de ello es la creación del Alonso Vega también en Madrid. Véase Foucault 1964 y González Chávez 1980).

Otro dato importante a resaltar es que la institución psiquiátrica se encuentra dentro del Complejo Sanitario C.S.P., con una capacidad de 4000 camas. Las clínicas psiquiátricas está ubicadas en un Pabellón específico dedicado a Psiquiatría que, a lo largo de estos años, ha sufrido sucesivos cambios y reestructuraciones, como consecuencia de la aparición de los primeros conflictos de 1971 hasta julio de 1980, momento en el que se inicia este trabajo (Rivas 1980).

La distribución simbólica del espacio (adelante/atrás, el a dentro/fuera, el interior/exterior, lo que se muestra y lo que se oculta, como han estudiado Haumont 1963, Raymond 1966 y Gofman o.c.) es altamente reveladora. Un pabellón aislado, dedicado exclusivamente a Psiquiatría; dos plantas que dividen sexual y administrativamente espacios propios de intervención asistencial. El pabellón psiquiátrico tenía, en aquellos momentos, una capacidad de 160 camas, distribuidas en 4 partes bien delimitadas. Así, las dos hemiplantas del 2º piso están destinadas a la admisión e ingreso de enfermas adultas de sexo femenino y la primera planta se dedica a adultos masculinos. En cada piso un tabique separa y divide a unos "enfermos" de otros, de acuerdo con la identidad teórico-práctica de los dos equipos asistenciales, diferenciados e independientes, que trabajan allí. Por otra parte, la distribución de sexos por pisos (2º para mujeres y lº para hombres) completa la separación teórico-administrativa. En la planta baja se encuentra ubicado el Hospital de Día (H. de D.) y Administración y Consultas Extrahospitalarias. La diferencia que se afirma entre los dos equipos es la de que en el Servicio las puertas permanecen cerradas y en la Sección, abiertas.

Pero veamos el esquema:

GRÁFICO I :
CORTE TRANSVERSAL DEL PABELLÓN PSIQUIÁTRICO DE LA C.S.P. DE MADRID

CLINICAS PSIQUIATRICAS

	SECCION (de Psiquiatría extrahospitalaria)		SERVICIO
2ª planta	MUJERES (40)		MUJERES (40)
	Despachos		Despachos
1ª planta	HOMBRES		HOMBRES
	Despachos		Despachos
Planta baja	Administración	HOSPITAL de DÍA Patio interior	Consultas extrahospitalarias
Sótano	COCINA		

El Hospital de Día es un espacio, frío y sucio, con mobiliario escaso y deteriorado que alberga entre 15 y 35 pacientes, de ambos sexos, cuyas puertas permanecen abiertas (a excepción del momento en que se celebran las actividades terapéuticas) y con un horario diario desde las 9,00 h. a las 18,30 h. .

La configuración administrativa y funcional del pabellón en 1980-81 era la siguiente:

1) El Servicio a cargo del profesor Dr. Zanón (además, Jefe de la División Psiquiátrica y jefe de Servicio). Se realiza una psiquiatría de corte tradicional, con un modelo médico de fundamentación orgánico-fenomenológico. El concepto de enfermedad mental es el de alteración orgánico-funcional, lo que implica unas técnicas terapéuticas biológicas, farmacológicas y de reclusión total. La organización interna es rígidamente jerárquica y las relaciones internas de estratificación manifiestan el régimen que Daumezón llama de "castas herméticas" (1948).

2) La Sección de Psiguiatria extrahospitalaria, a cargo de un Jefe clínico, el Dr. Campoy. Desde 1978 es independiente funcional y espacialmente. La constitución de este espacio con sus características actuales se realizó a partir de la presentación de un proyecto de realización de Comunidad Terapéutica (C.T.). En la práctica, el proyecto global nunca se llevó a cabo de un modo total, tanto por dificultades internas administrativas como, fundamentalmente, por divisiones internas en el equipo médico (Rivas 1980). Durante 1980-81, se distinguían nítidamente distintos subgrupos o "equipos" que realizaban su asistencia de acuerdo a distintas orientaciones teóricas y a intereses específicos. Con un modelo médico de base que actuaba como "unificador", se planteaba en el interior de la Sección la coexistencia de modelos sociológicos, conductuales, dinámicos y psicoanalíticos. El unificador médico determinaba que las relaciones entre los profesionales de la Sección fueran también estratificadoras y

jerárquicas, con repliegue de cada estamento sobre sí mismo y una política de statu quo para los intereses de cada grupo homólogo. Se daba una alta formalización en las comunicaciones, con funciones estrictamente delimitadas para cada estamento. Mishler (o.c.), buen conocedor del tema, señala que "en el campo de las actitudes las diferencias entre los grupos de un mismo hospital, son más importantes que las que existen entre los grupos equivalentes de dos hospitales diferentes". Ver, además, en varios (1973, 1976), Majestre (o.c.) y Grimson (o.c.).

3) El Hospital de Día. Desde su fundación, en 1973, a cargo de un Adjunto, el Dr. González Duro. Su constitución deriva de los acuerdos con los que se liquidó el primer importante conflicto en el Servicio de Psiquiatría (una versión "cautelosa" de esta fundación -versión no desmentida- es la de Rivas, o.c.). Desde 1978, momento en el que se crea la Sección, el H. de D. formalmente queda incluido en ella. En realidad, lo que se constata, tanto de las afirmaciones de Rivas como de nuestra observación, es que el H. de D. funcionaba con absoluta autonomía respecto de la Sección. De hecho, existía una reunión conjunta (los lunes de 13 a 14,30 h.), en el Aula, uno de los espacios del H. de D.; pero lo que constatamos durante todo el año 1980-81 es que tal reunión no tenía ningún efecto organizativo o funcional. Como rasgos constantes de estas reuniones se pueden señalar: falta masiva de asistencia, falta de discusión de los problemas de fondo tanto institucionales como de asistencia. No se intentaba nunca una puesta en común de los problemas cotidianos de asistencia ni se realizó, en ningún momento, una propuesta terapéutica de totalización de esa asistencia. Los respectivos dominios de poder se mantenían intocables y no se planteaba en ningún momento ni la discusión de las relaciones existentes al interior de cada "equipo" ni la posibilidad de conexión entre los distintos grupos. En algún momento, aparecían cuestiones burocráticas; pero sin ninguna perspectiva de unificación de las distintas posiciones. Las reuniones quedaban, pues, en un acto tedioso e inútil que sólo podía ser explicado como el cumplimiento formal de un rito de oculta funcionalidad. Por lo tanto, la desvinculación entre el personal contratado de la Sección (médicos, A.T.S.s, Auxiliares, celadores, Asistentes Sociales) y el del H. de D. (un médico y 2 A.T.S.s) era absoluta. Esta desvinculación se extendía no sólo a los respectivos Asistentes Voluntarios, que sería, en cierta medida, lógico, sino hasta los colectivos de "enfermos", lo que ya cuestiona la posibilidad misma de expansión efectiva de las distintas alternativas terapéuticas (factor éste de indudable importancia si, auténticamente, se están dando prácticas de renovación institucional, en cualquiera de los colectivos, o de Sección o de H. de D. Así, es de resaltar que una actividad tan socializadora como es la de la comida, se efectuaba simbólicamente para los "enfermos" del H. de D. en el comedor de hospitalización, pero con un horario distinto al que existía en toda la Ciudad Sanitaria. Este ejemplo se puede extender a todo otro tipo de actividad institucional: se generaba, pues, una fragmentación social que poseía indudables efectos en la conciencia de pertenencia (adscripción social, pero también ideológica) de los "enfermos" y aún del propio personal (que, para el del H. de D. se puede conceptualizar como conciencia militante-humanitaria que la aproximaba más al carácter de una secta religiosa que a un colectivo que pretende una resonancia social reivindicativa).

El H. de D. se configuraba bajo la forma de C.T. en base a su relativo aislamiento espacial, pero más eficazmente, por su aislamiento de relaciones, pasaba por ser una experiencia contrainstitucional. Ya hemos visto que se daba un reconocimiento tácito entre la Institución psiquiátrica y el H. de D., sin que ninguno de los dos se viera en la necesidad de negar al otro. Aparecía así una de las

contradicciones típicas del H. de D.: por una parte, no dejaba de afirmarse públicamente como "alternativa antipsiquiátrica"; pero, por otra, asumía internamente una autonomía que garantizaba su existencia en la medida en que obtenía de la Sección un pacto de no beligerancia. Se respetaban mutuamente los espacios de influencia, con lo que la coexistencia se representaba bajo la forma de C.T. que no se negaban internamente, aunque la imagen exterior del director del H. de D.así lo hiciera creer.

De manera que si, respecto de las C.T. inglesas, francesas o de la italiana de Basaglia se daban diferencias, respecto de las experiencias de Laing y Cooper también existían, siendo la más obvia su ocultación institucional y su propia negación práctica de toda crítica interna, tanto de la Sección como del Servicio. No aparecía, pues, ni como un eslabón asistencial de política de sector, ni como una experiencia de oposición alternativa que podría tener, en sus diferencias respecto a las políticas asistenciales de la Sección y del Servicio, su propia razón de ser "antipsiquiátrica".

Por otra parte, no podía tampoco evidenciar su carácter privado, precisamente porque esa privaticidad era la justificación misma de su existencia. Es decir, intentando resaltar sus rasgos diferenciadores, no hacia otra cosa que poner de manifiesto el carácter propio que adoptaba en el Pabellón psiquiátrico de la C.S.P. el extrañamiento del conflicto: statu quo entre la Sección y el Servicio, así como statu quo entre la Sección y el H. de D. Esta situación puede ser calificada de cualquier manera, menos de antipsiquiatra, evidentemente.

En relación a los "enfermos", dejando todavía por el momento el tema de psiquiatrización, lo que se ponía de manifiesto era un fenómeno de remarginación grupal, con su expresión en una forma de conciencia de insolidaridad respecto a los "otros enfermos". Al privilegio de pertenecer al H. de D., como pacientes de un equipo "mejor" y "superior", se le seguía su rechazo de los otros locos, su negativa a identificarse con los "otros" locos. Señalaba este hecho una clara manifestación de adscripción social de clase o, mejor, de factor social. No expresaban por tanto una dependencia menor que los psiquiatrizados "tradicionales" y se les privaba del acceso a una de las vías que mejor definen los objetivos del tratamiento en C.T.: la comprensión estructural de la propia enfermedad, el reconocimiento en el sufrimiento del otro, el rechazo de la marginación, como una de las vías de inserción social en la comunidad de procedencia.

Esta desviación de control social efectuada sobre las posibilidades de reconocimiento de la identidad social como "enfermos", la inexistencia de rupturas políticas o institucionales, la aceptación de facto de la marginación social, ponen de relieve la naturaleza estructural del H. de D. No denuncia el conflicto existente en las Clínicas psiquiátricas ni siquiera se alinea, en las luchas internas que hasta 1978 llevan entre sí las dos tendencias, tradicional y comunitaria, que culminarían en el statu quo actual.

Esto es, se aseguran, dentro de su neutralidad institucional, un espacio y una acción contradictorias sólo en apariencia, por que, en el fondo, se considera que el problema de la reforma asistencial es un tema de decisión privada que compete a los órganos internos institucionales de dirección. Con lo que la marginación expresa, como siempre en otros grupos sociales, sólo un problema de integración social especifica. Como así mismo se demuestra en el conflicto entre Sección y Servicio.

En efecto, en ese conflicto se debate, tanto como una cuestión de ejercicio interno del poder entre

pares, una forma de ejercicio asistencial de la psiquiatría. De haber intervenido en la lucha interna, apoyando, por supuesto, la corriente comunitaria, la dirección del H. de D. habría evidenciado efectivamente qué concepción de asistencia pública orientaba a la experiencia concreta. Pero, además, habría podido forzar una política de renovación asistencial, al menos parcial. No ocurre nada de esto: la dirección del H. de D. tomó una posición de distanciamiento que (según diversidad de testimonios) pudo llegar incluso a plantearse como "neutralidad" (!!). Posición que se tradujo en una falta mutua de apoyo y colaboración, en unas relaciones que todavía en 1980 no hablan cambiado en lo absoluto. Parece que se habían producido algunos intentos de solucionar esta situación; pero sólo quedaba la constancia de que cada equipo culpaba al otro de haber hecho imposible la colaboración.

Lo que es cierto es que el conflicto entre Sección y Servicio más la posición distanciada del H. de D., tiene efectos "internistas" dentro del equipo de éste último. Se refuerza su voluntad de segregación hasta llegar a verdaderas posiciones de gheto. Se difunde una conciencia reactiva, toda cruzada de defensas triunfalistas y de autotestimonio de cruzada contrainstitucional española. La adhesión al director se hace de manera acrítica, casi carismática. Se ignoran todos los síntomas y la circulación de experiencias se convierte en una dogmática intransigencia contra todo aquello que "no reconozca" el valor ejemplar del H. de D.

Pero la desvinculación respecto de la Sección ejemplifica las relaciones con el resto de experiencias de las instituciones de salud pública. Los trabajadores contratados del H. de D. no mantienen ninguna relación con los otros trabajadores de la C.S.P., ni siguiera sindical, con lo que difunden una cierta posición elitista, si no de auténticos trabajadores desclasados. Con lo que se llega a otra curiosa contradicción de doble manífestación:

- en el plano institucional, la relación del H. de D. a la Sección a la que formal y administrativamente pertenece confirma, desde la misma intención de desconfirmación. Si la Sección privatiza al H. de D., en la misma medida en la que permite y consiente su desviación, el H. de D., confirma la validez asistencial de la Sección, puesto que ni reivindica su condición pública ni discute los argumentos de su separación efectiva.

- en el plano laboral, el H. de D., se pone fuera de los circuitos de reivindicación sindical. De una parte, demuestra a la Administración que puede llevar adelante, con los mínimos medios laborales, una productividad superior incluso absolutamente a la de la Sección, mucho mejor dotada en materia de personal y de medios materiales (aquí "productividad" nada tiene que ver con la calidad: nos referimos exclusivamente a "capacidad cuantitativa asistencial" medida en términos relativos). Esto conlleva que tanto los trabajadores contratados como los trabajadores voluntarios de H. de D., se salen de los marcos políticos y sindicales de clase. La privatización oculta y desfigura los intereses de clase de los trabajadores, con lo que de hecho se vuelve contra la autoproclamación del carácter popular de la experiencia. Es decir, la experiencia se convierte a su carácter vanguardista de élite, disociándose realmente de las experiencias de lucha popular. Y esto mismo ocurrirá y peor todavía con los asistentes voluntarios que ni siquiera llegan al nivel reivindicativo de los antiguos aprendices que, tras tres meses de prueba, exigían un puesto de trabajo.

Dentro del equipo del H. de D., lo anterior favorece otro efecto de ocultación. Aparentemente, las

relaciones entre el personal contratado están desjerarquizadas y parecen ser o resultar efecto de una pura decisión personal que les ha llevado a unirse en torno a un proyecto, del que todos tienen la clave. Desjerarquización que se extiende al subgrupo de asistentes voluntarios, con lo que parece que también ahí la adhesión es de carácter ideológico y con alcance político transformador. Sin embargo, también ahí asistimos a un efecto ilusorio, como consecuencia de la ocultación privatizadora.

En efecto, la autonomización consentida del H. de D. no afecta al hecho de que los trabajadores contratados de su dirección tienen un status jerárquico en la institución y que, por lo mismo, dependen en último término de ella. Si internamente al H. de D., todos son "terapeutas" , ello no afecta al hecho de que uno es un médico Adjunto (con lugar propio, pues, en la jerarquía de poder) y que las otras dos trabajadoras son A.T.S.s (y, por lo tanto, también con lugar en la jerarquía funcional). Este hecho sigue teniendo eficacia dentro del H. de D., (como se verá al abandonar el director y una de sus colaboradoras la experiencia: la otra que queda es inmediatamente remitida a su "lugar" estructural por los médicos que asumen, en ese momento, la dirección). Independientemente de toda justificación ideológica, el hecho es que la autonomización/privatización del H. de D. es posible por este carácter de status dentro de la jerarquía institucional del director. Y que esta jerarquía interviene en la organización.

Respecto a los asistentes voluntarios no siempre se da la comprensión de esta condición contratada y de status del núcleo dirigente. Si de pasada nos hemos referido al efecto mixtificante de la categoría de "terapeutas" ahora podemos indicar dos nuevos rasgos productivos de este efecto ocultador. Por una parte, con relación a personal subalterno dentro de la institución "terapeuta" expresa una posición social de status superior a la que expresa A.T.S. o Auxiliar o Celador. Políticamente se traduce en posiciones de resistencia al cambio, como se ha visto en otras instituciones (Basaglia, Majestre, Grimson, etc.).Y esto, a la vez, favorece la adopción de una ideología de la adhesión: no se está en el H. de D. como personal delegado (por más que se pidiera el cambio), sino como equipo que organiza un proyecto de asistencia pública. Aunque institucional, administrativa y funcionalmente lo real sea lo primero y no lo segundo. De hecho, esta condición estructural es efectiva en todas las relaciones con el resto de la institución y aún con respecto a determinadas funciones del H. de D., (acompañamiento de los "enfermos" en las comidas, administración de medicación).

En relación a los asistentes voluntarios también opera la categoría de "terapeutas": al exterior, se trata de "asistentes voluntarios"; al interior, son "terapas" (=apócope interna o del lenguaje del H. de D.) todos igualmente, sin que parezca intervenir ninguna otra diferenciación. Pero esta igualación no es efectiva, sino en la ideología, como tendremos ocasión de comprobar. La unificación "ideológica" no se corresponde exactamente con la jerarquización efectiva. Se pierde de vista la condición de trabajadores que tienen la totalidad de los miembros del equipo, para invertirse a una adhesión que políticamente tiene todas las dimensiones de una actitud reaccionaria.

Se da entonces una subordinación múltiple: funcional e ideológicamente se interviene como terapeutas; las diferencias jerárquicas quedan ocultas, pero no desaparecen; se concita una adhesión acrítica, que elimina toda posibilidad reivindicativa frente a la institución y, por último, se impide una efectiva consideración del staff, que legitima indirectamente su posición. Hay diferencias efectivas entre el personal que podemos llamar institucional (A.T.S.s y médicos residentes), con diferenciaciones jerárquicas, aunque técnicamente aparezcan disimuladas.

La participación de los "enfermos", encubierta o no, sintomática o simbólica, en esta dinámica de relaciones del grupo terapéutico, tiene el valor inducido que tantas veces se ha señalado en los estudios correspondientes. Dinámica de doble vinculo que generará "enfermos-síntoma", cuando no produce consecuencias más terribles, como el suicidio. Por un lado, se multiplica la "ilusión grupal" de omnipotencia y singularidad frente a los "otros" locos; por otra parte, se establecen relaciones que indican bien a las claras que el colectivo de psiquiatrizados "sabe" efectivamente dónde reside el poder, con la generación de relaciones de dependencia y auténticas batallas internistas por conseguir el favor de ese poder (véase el punto 4 de este texto).

a) "Lugares" funcionales y sus agentes en la organización del H. de D.

Con lo que llevamos dicho creemos haber demostrado que el H. de D., de la C.S.P. no poseía en la práctica una organización distinta, en cuanto al rasgo político, a las de las otras organizaciones hospitalarias, como no sea en los factores de ocultación que determinaba su desviación privatizada. Además, esta privatización adscrita y asumida por la Administración y por la dirección del H. de D., respectivamente, cumplía tres funciones económicas, tanto para las propias Clínicas Psiquiátricas como para el núcleo delegado en el H. de D.

1º) Rentable en cuanto a imagen externa de modernidad y reforma, sin que esta imagen le planteara ningún conflicto interno. Economía que, aunque fuera capitalizada fundamentalmente por el director a niveles de difusión de prensa, en último término podía ser reivindicaba por "las autoridades" que permitían tal experiencia.

2º) Rentable en pura economía, como ya se ha indicado anteriormente. No sólo por la mínima dotación de personal contratado, sino por la propia inversión plaza/día que tenía que hacer con los "enfermos" del H. de D. Téngase en cuenta que esta inversión se reducía a la concesión de un espacio mínimo y a una comida diaria.

3º) Rentable en cuanto a la solución de posibles conflictos de competencias dentro del propio staff médico. Servicio, Sección y Hospital de Día se convierten en compartimientos estancos que representan parcelas específicas de poder dentro de la Organización administrativa médica.

Que a estos rasgos de "organización" se añada el carácter de gheto asumido por el propio H. de D., nada modifica la caracterización, ya que, en último término, este carácter era instrumentalizado por la economía interna-externa de la institución (no hay que insistir, pensamos, en lo castizo de esta distribución funcional dentro de las organizaciones médicas). Además, una rentabilización asegurada, desde el momento en que eran sus propios agentes delegados los que se encargaban de asegurar el statu quo.

Lo que en el H. de D. no aparecía -y ésta es otra de las razones de su rentabilidad- era su propia distinción e imputabilidad funcional interna. Si ante la jerarquía su director era considerado como responsable, en sus relaciones con el resto del equipo sólo podía aparecer como alguien que carecía de poder de mediación y ello simplemente porque el H. de D. "era contrainstitucional". Nada se podía pedir, porque nada iba a conceder. De manera que es rentable su propia disfuncionalidad,

la anarquía que impedía una organización diferenciada de roles, con lo que todo quedaba en una confusa interacción de personalidades concretas, de las que estaba borrada toda definición social interna, lejos de ese "ordenamiento de relaciones" que Radcliffe Brown (o.c.) sostenía como principio de organización social. Es decir, es el propio director del programa, sin disponer de una propuesta real alternativa, quien quiebra el posible carácter de efecto social interno que pueda tener la experiencia sobre sus agentes, pues, incluso en sociología funcionalista, "una estructura social es una organización de personas, en un sistema institucional, de relaciones determinadas, con funciones sociales y status delimitados y que pertenecen al orden de la ley y del poder delegado por el propio sistema institucional"

Al contrario, la función y el status quedan absolutamente confundidos, resueltas las prestaciones de fuerza de trabajo en una serie de compromisos personales que no son reconocidos ni en salario ni en personalidad social. Disfuncionalidad interna que se resuelve en prestigio exterior para el director y en ignorancia exterior y desprecio interior para los propios asistentes voluntarios (en efecto, como "rumor" se difunde en las Clínicas psiquiátricas una imputación de ignorancia profesional de los terapeutas "antipsiquiátricos", de su falta de formación y de las extrañas razones que pueden tener gente que entrega su fuerza de trabajo sin ningún tipo de compensación). Es así que en esta situación de obligaciones de duración ilimitada se realiza ese "masoquismo" de los asistentes voluntarios, complementario del sadismo institucional de que hablaba Deleuze (1967).

Esta funcionalidad, por otra parte, no puede sino favorecer un flujo incontrolado de carácter fantasmático-libidinal, con un "gasto" cuyos exponentes se verán más adelante. Por el momento, decir que esta disfuncionalidad funcionalista genera subgrupos y, consecuentemente, determina que el intercambio tanto con el Pabellón como en el mismo H. de D., dependa exclusivamente de puras posiciones individuales, sin ninguna repercusión política, social, ideológica o simplemente técnica. Es decir, estructuralmente se impide el " intercambio", en el sentido que al concepto daba Mauss (1968). Intercambio que representa la madurez simbólica de los individuos, su acceso al plano de las relaciones simbólicas. Intercambio que no sólo representa el acceso al plano del "poder y del prestigio social" (Homans 1958), sino la misma "realidad" grupal y, por ende, es un auténtico agente social.

Sólo desde esta perspectiva puede entenderse la operatividad eficacia y economía del H. de D., dentro de la institución. Existe, como decimos, un flujo irracional permanente que a cada uno le da una falsa identidad, que provocará en definitiva inseguridades y dependencias básicas, pero donde la relación de compromiso necesariamente tiene que convertirse finalmente en un juramento de fidelidad y lealtad casi, casi esquizofrénico (véase Stierlin 1978). El intercambio se convierte al plano alucinatorio que se instala en una demanda de "reconocimiento ideal" o de sometimiento a un poder carismático (Por supuesto, hemos cambiado algo la formulación de Mauss, precisamente porque nosotros creemos que la inversión al plano de las relaciones simbólicas traduce la madurez social de la relación).

Esta ilusoriedad, esta identificación fantasmática, ese íntercambio de carácter puramente imaginario (="ser militantes de una alternativa radical"), es provocada por la contradicción de un planteamiento antipsiquiátrico y la pertenencia de hecho al sistema institucional. Pertenencia que sólo podía ser rota desde un acto que de impugnación interna que diera identidad grupal. Aunque la contradicción tenía otra expresión ocultadora y es que no se podía comprender que era el propio sistema, en sus agentes delegados, el que privatizando al H. de D. había conseguido colapsar cualquier incidencia real de esta

organización en la renovación de la asistencia pública psiquiátrica madrileña o estatal.

Como decía Freud (1895): "... sé que, en dicha ocasión, vi algo que no se adaptaba en absoluto a lo que yo esperaba. Y aquella percepción debía haberme movido a desistir de determinado propósito, no me hizo modificarlo en modo alguno. No tuve conciencia alguna de la contradicción existente ni tampoco advertí el efecto contrapuesto del que indudablemente dependía que dicha percepción tuviera efecto alguno. Así, pues, padecí en tales momentos aquella ceguera que tanto nos asombra...".Era esa "imaginación" de un intercambio imposible lo que determina la ambigüedad del no-saber, del ni siquiera plantearse querer saber lo que llevaba a una reproducción ampliada de lo que, por parte de la gente más honesta, se creía combatir.

El papel ocultador-mixtificador del núcleo dirigente (que, por supuesto, tenía responsabilidades diferenciadas en esa ocultación) y la inercia de pasividad reproductora del resto del equipo, apenas permite una pobre oposición encubierta que, enseguida se convierte en resignación. Cuando se pregunta por qué no se dice eso públicamente, aparecía tal resignación: "No se puede modificar nada..." de manera que sólo era posible aceptarlo o marcharse.

Dos ejemplos ilustran esa resignación. En noviembre de 1980, en la celebración de una Semana de Salud Mental de Madrid, dos asistentes voluntarios presentan una comunicación sobre el funcionamiento y trayectoria del H. de D. Se produce tanto en el auditorio como dentro del mismo equipo la contestación a lo que la ponencia afirmaba. Pues bien, posteriormente se hace imposible la discusión sobre lo que allí había ocurrido. Se impide la discusión interna sobre la oportunidad o no de las diferencias existentes. Se produce el rumor y los comentarios de pasillo; pero se evita absolutamente una confrontación abierta sobre lo que está ocurriendo.

Algo similar acababa de ocurrir en la celebración del XV Congreso de Neuropsiquiatría, con la ponencia de Rivas (Adjunto de la Sección). En dicha ponencia trazaba un cuadro de las luchas que habían ocurrido desde 1971 en las Clínicas Psiquiátricas, del que se desprendía una dura crítica del H. de D. y de la actitud de su director. A pesar de que éste conocía la ponencia, no hay ninguna discusión sobre ella, no se acepta nada, pero tampoco es posible razonar sobre lo que de falso pueda tener la ponencia. El grupo vuelve a cerrarse sobre sí mismo, sin admitir ni siquiera la posibilidad de la confrontación.

Lo mismo ocurre con un artículo que el director preparaba sobre el H. de D. Se supone que puede representar la posición colectiva del equipo. Pero, otra vez, se establece la realidad del procedimiento: no existe participación en la discusión de la organización y la práctica que estaba desarrollando el H. de D.; no existía adecuación entre la realidad y su representación escrita. Se había elegido cuidadosamente a los enfermos entrevistados y los cuestionarios utilizados mostraban con claridad el sesgo que, una vez más, imponía la imagen buscada.

1. Los supuestos teóricos y las estrategias de abordaje en el H. de D.

Definir y, mucho menos, concretar el marco teórico de referencia operante en el H. de D. es tarea prácticamente imposible. Pero si se insiste en la necesidad de definición, habría que hablar de

"modelo ecléctico" (ver supra). Caben en él todas las posibilidades técnicas, sin que pueda hablarse de una operación correctiva, de forma que se eliminen las disonancias teóricas. Se tomaban conceptos de muy distintas áreas de pertenencia, sin proponer ninguna fórmula de articulación. De manera que, en un determinado sentido, se puede hablar de una situación similar a la que describe Jervis como existente en Reggio Emilia (1977) , aunque con una diferencia: allí se discutían las técnicas y se pretendía una cierta limpieza de impregnación ideológica; aquí no existe esa operación. Nadie sabe exactamente qué se trabaja y cómo, con qué se trabaja.

Así, se podían advertir distintos residuos técnicos, como eran el interaccional (sesiones familiares), dinámico (terapias individuales y conducción de grupos), biológico (tratamientos por psicofármacos, represión hasta física de la manifestación de crisis), conductual (psicología social de los roles, role playing), bioenergético (relajación, técnicas de encuentro) y procedimientos más inclasificables, como efecto de las especiales características que adoptaba su utilización (psicodramas, acaso más en una línea moreniana que psicoanalítica, pero sin que se pueda afirmar nada con exactitud...) Y todo ello servido en un molde de "Comunidad Terapéutica" definida desde manifiestos antipsiquiátricos.

La situación, pues, era de eclecticismo con una falta absoluta de precisión conceptual. Desde el director, cuya formación en dirección de grupos y en conducción de psicodramas se ignoraba, hasta el terapeuta improvisado, se da la misma negación y ocultación que hemos visto en el plano institucional. Nunca se realiza una discusión interna sobre los criterios de utilización de técnicas y el ejercicio crítico colectivo de analizar la incidencia y la naturaleza de las ideologías vehiculadas en las técnicas no tiene jamás lugar. Es posible así la difusión y coexistencia de machismo y progresismo. Y, sin embargo, esta confusión nunca es denunciada ni cuestionadas las razones que no se formulaban de por qué este procedimiento en lugar de éste otro.

Es decir, a la falta de experiencia de la mayor parte del equipo (ex- "enfermos" que accedían a la terapia sólo por su propia experiencia, estudiantes de psicología y medicina, auxiliares de clínica, médicos en formación, A.T.S.s que se sentían atraídos por el mensaje antipsiquiátrico, psicólogos sin ninguna orientación...) se le añadía esta indefinición e improvisación constante. Los cambios, las alteraciones sorprendían frecuentemente a los terapeutas, lo que incrementaba su inseguridad y dependencia, hasta llegar a establecerse verdaderas situaciones de "indefensión aprendida".

Como ejemplo, el aspirante nuevo, aceptado individualmente y en entrevista personal, era incorporado como "terapeuta" y se "integraba" en lo que allí se estaba realizando, sin que mediara ningún otro tipo de explicación y, por supuesto, sin que se estableciera ningún otro control terapéutico de su intervención. La justificación segurizadora de este estado de cosas se encubría en una difundida actitud de desprecio por el conocimiento y las técnicas. El activismo intenso, una economía libidinal que ampliaba la agotadora jornada laboral en veladas de "intercambio personal" disminuían todo índice crítico, favorecían una falsa conciencia de unidad y seguridad y posibilitaban la latencia amortiguada de todo el sistema de contradicciones.

Las "terapias" individuales y grupales dependían exclusivamente de las decisiones teóricas y prácticas del terapeuta que las realizaba, sin otra supervisión que no consistiera en una descripción biográfica del sujeto o un comentario sobre si el grupo "andaba" o no. Con lo que la terapia derivaba no en la estructuración imaginario-simbólica del conflicto de los pacientes, sino hacia la inducción "resolutiva"

que la ideología y el "buen entender" de cada terapeuta establecía (ver en Basaglia 1968 lo que representaba esta intervención ideológica; en Jervis 1975, 1978 y 1979 su crítica de los "terapeutas de café" y sobre el sentido de las técnicas; ver también Gentis y, en general, toda la corriente crítica de la escuela de Franckfort y sus análisis sobre personalidad autoritaria y la intervención de las ideologías).

De hecho, no la tolerancia sino la frecuencia de las prácticas terapéuticas con las que se inducía al acting out, subraya ejemplarmente esta confusión. Sobre el enfermo esta inducción sobredeterminaba su dependencia y agudizaba las contradicciones de su falsa identidad, poniéndole la mayor parte de las ocasiones en superior confusión respecto a los límites entre lo imaginario y lo simbólico. Por supuesto, veremos más adelante que esta disociación respecto a la vida "real" y la vida institucional generaba nuevas formas de cronicidad, fenómeno no nuevo que se advierte, por ejemplo, en las ya lejanas reflexiones de los "enfermos" de Gorizia. La transferencia se convertirá en seducción; el propio terapeuta perderá en muchas ocasiones el sentido de los límites imaginarios y pasará también al acto.

Las relajaciones y sesiones corporales son concebidas desde la pura dimensión de los "grupos de encuentro" (Gentis 1971,1977, 1980 especialmente): todo "está permitido" (¿por quién?), "únicamente tienes que pasarlo bien"... Hay sesiones de verdadero terror colectivo, porque ninguna frontera existe. Y no se argumente sobre posiciones éticas o morales: lo que cuenta es la dimensión estrictamente terapéutica de cualquier situación o actividad. El problema se planteaba desde el momento en que se favorece la confusión respecto a un espacio mágico donde todo es posible o, mejor dicho, donde todo está permitido. ¿Será desde esa permisividad paternalista cómo pueda el propio paciente asumir la gestión de su vida real? Y, en último término, ¿se erradica conceptualmente el acting out y la terapia propone y resuelve las vías del encuentro o, al contrario, se plantea que el acting out sigue siendo el desconocimiento del deseo y la negación patológica del gozo?

Pueden multiplicarse los ejemplos; pero no son necesarios, pensamos, para confirmar las conclusiones críticas de nuestra observación. Toda una amplia sistematización de literatura especializada de izquierdas subraya la importancia de esta confusión ideológica y de sus efectos en la terapia (ver desde un planteamiento más clásico, Arieti 1978, qué sentido terapéutico tiene la conversión técnica e ideológica del terapeuta no en el "tercero importante", sino en el "tercero significante")

Pero este "descontrol" teórico y asistencial, este espontaneísmo terapéutico quizás se haga valer como representativo, precisamente, de una actitud democrática y de una concepción antipsiquiátrica consecuente, que niega a todo técnico, en la medida en que sólo la técnica "merece" la delegación del poder. No insistiremos, por el momento, en algo tan obvio como que compartir el poder consiste, parcialmente, en compartir el saber ni destacaremos que toda actitud irracional es siempre una actitud profundamente reaccionaria ni que no es posible conquistar el poder sin una comprensión alternativa, cognitiva e ideo- lógica revolucionarias. De nuevo, nos referimos a los modelos presuntos de partida y a su contrastación en la práctica cotidiana del H. de D. . Los supuestos que activan la estrategia asistencial de una C.T. antipsiquiátrica se pueden sintetizar en tres grandes ejes que, combinados, determinan la orientación de toda práctica:

1º) Un eje de lucha institucional que representa una determinada concepción de la historia, un análisis de las estructuras sociales, una comprensión de la historia de la propia tradición psiquiátrica, una comprensión de los mecanismos de delegación y legitimación de los procesos

en virtud de los cuales el técnico se convierte en un agente de control social.

2º) Un eje teórico que fundamenta científica y no humanitariamente la oposición. No es sólo oponerse a la institución por su carácter alienante -que también lo es-, sino que representa una toma de postura racional sobre la base de conceptos contrapuestos a los dominantes en enfermedad, salud, prevención, rehabilitación. Sin conocer no es posible actuar. Y no se prejuzga con esto la primacía del momento teórico sobre el práctico, sino su articulación dialéctica.

3º) Un eje político que afirma que el bienestar, la sa- lud, el gozo, la creatividad no son cuestiones que pueda resolver el técnico. La identidad política asumida puede hacer del técnico un agente más en la fuerzas sociales de transformación; su identidad técnica de clase lo convierte en instrumento de cambio social, pero nada más.

Se trata de tres ejes que necesariamente se encuentran presentes en toda práctica asistencial de más o menos orientación de contrapoder. En el H. de D., ninguno de estos ejes está definido, como indica perfectamente la observación de su trayectoria y práctica históricas:

- no existe formulación teórica ni política explícita y práctica. La formulación respecto al compromiso político sólo puede obtenerse de la posición adoptada en los conflictos de la C.S.P. No existe una definición rotunda y pública frente al tema de la psiquiatría de sector. No hay en ningún momento posicionamientos públicos ante experiencias colectivas similares reprimidas por poder administrativo. No existe intervención alguna colectiva sobre el tema de la reforma psiquiátrica en el Estado español. El apartidismo y el a-sindicalismo se constituyen no en fórmulas de independencia sino de subordinación respecto de los poderes fácticos. Entre otras cosas sabemos de experiencias similares donde los trabajadores han llevado ante los tribunales reivindicaciones por una situación laboral semejante a la establecida por el H. de D.

- al "¿para qué los técnicos?" no se puede responder, en pura coherencia práctica, con la creación de un espacio técnico asistencial, con núcleo técnico dirigente y con personal diferenciado del resto de la comunidad que ejerce funciones técnicas. O se niega radicalmente la técnica y se configura un espacio de convivencia comunitaria, sin más, sin ningún supuesto asistencial o radicalmente se enfrenta la contradicción. El conocimiento no es de clase; lo es su utilización, su productividad, su impregnación ideológica. Mao afirmaba que no había contradicción entre ser "rojo" y ser técnico. Es decir, si en las actuales condiciones económico-políticas la locura requiere de intervención asistencial, lo que hay que definir es la identificación política desde la que se plantea la intervención asistencial.

No basta, pues, con decir que la enfermedad es una anomalía producida por la organización social. No basta con decir que la enfermedad está producida por las contradicciones de la estructura represiva del poder y los procesos explotadores de la economía. Con ello, exclusivamente señalamos componentes estructurales que no bastan por sí mismos para dar cuenta de la especificidad del sufrimiento psicológico. Que la enfermedad puede siempre ser considerada como "regresión de lo político a lo psicológico" (Mendel o.c.) no disuelve la realidad de los planos mutuamente imbricados (lo social y lo psicológico). Un sociologismo estricto disuelve en una inflación (positiva o negativa) de la vieja categoría de "sociopatías" lo que posee rasgos estructurales propios. De ahí que no se trate, por lo

tanto, de un aggiornamiento del discurso psiquiátrico, sino de la transformación teórica y política que, en el avance hacia una nueva sociedad, nos permita enfrentarnos al problema de la "enfermedad" y sus dobles ideológicos, reformistas o no.

Sin esa doble transformación, sin cambiar revolucionariamente el modelo de abordaje e intervención, el discurso antipsiquiátrico no pasa de ser una proclama bien intencionada de radicalidad pequeño-burgués. Eppur si muove! dice el discurso tradicional, cuando se pretende que la enfermedad es una producción social, afirmación que, a fuerza de ser obvia, no resuelve nada. El conjunto de fenómenos que llaman "enfermedad" está ahí y su existencia no es resuelta por un acto voluntarista de negación o de trivialización conceptual. Porque lo que de la Mata llama el "silvestrismo del discurso" no contribuye a otra cosa que a un reforzamiento de las posiciones dominantes. Ya que toda demagogia de negación no puede ocultar el hecho fundamental: eppur si muove!.

Por lo tanto, es la terapia la que ha de insertarse políticamente. Que se afirme que hay "enfermos" porque la sociedad está enferma puede entenderse tanto en el sentido como de que cambiando la sociedad eliminamos la enfermedad como en el sentido de que terapeutizando la sociedad podremos eliminar la enfermedad (planteamiento que Castel critica en la "Sociedad psiquiátrica avanzada" y que no constituye sino una manifestación de esa regresión psicológica de lo político).Por el contrario, lo cierto es que la Hª explica a lo psicológico, pero sin eliminarlo y la "enfermedad" es inexplicable fuera del marco ecológico de su manifestación, pero también es inexplicable sin su concreta manifestación "individual".

En esa misma perspectiva, el modelo médico y psiquiátrico, como ya hemos dicho, sigue vigente aunque se hayan modernizado y humanizado las condiciones de asistencia. Pero es en esta situación de reforma racionalizadora donde más eficiente se muestra la eficacia ideológica de integración que el modelo persigue. En general, puede decirse que las prácticas de violencia asilar está erradicadas en este tipo de asistencia modernizada (no se niega la otra violencia de todas las terapias biológicas de choque) y, sin embargo, ésta no deja de subtender el mismo concepto organicista de base así como a una ideología de la productividad burguesa o del buen orden burgués. Y es que todo ocurre como si la competencia científica fuera abandonada por una consideración anarco-existencial de la impugnación social e individual.

Si ahora intentamos contrastar la experiencia del H. de D. con el modelo que se afirma seguir -C.T. de Gorizia, experiencia "antipsiquiátrica" de Basaglia- (ver Jervis 1979), nos encontramos con una serie de contradicciones características. En primer lugar, que el H. de D. se da como experiencia limitada, en el interior de una institución psiquiátrica "total", como las define Goffman (1961). En segundo lugar, que nace por concesión jerárquico-administrativa y que sus expectativas de existencia se ponen a cuenta de su aceptación de las condiciones de desviación privatizada. En tercer lugar, que mantiene una trayectoria autónoma respecto de las fuerzas sociales de cambio. En cuarto lugar, que no tiene ninguna pretensión constituyente. En quinto lugar, que se cierra en una dinámica internista, manteniendo oculto lo fundamental del conflicto.

Se demuestra, cuando menos, que con objetivos estrictamente personalistas, se da la importación mecánica de un modelo asistencial que se resuelve en sus puras denotaciones interno espontáneas, prescindiendo de los otros rasgos que necesariamente definen al modelo de origen. Un poco, como a

la manera en que se importan conceptos de un continente científico a otro y mucho más, a la manera como organizaciones políticas de izquierdas trataban de adoptar modelos revolucionarios del Tercer Mundo al estado español, sin tratar de comprender las condiciones políticas, económicas y sociales de éste. Intentar, pues, extrapolar históricamente la experiencia de Basaglia, sin pretender adaptarla a las condiciones históricas españolas, pero, sobre todo, sin conexión con ninguna de las luchas político-sindicales de la transición, no puede sino contribuir a reforzar su carácter de reforma privada de ideología pequeñoburguesa. Y no una simple trivialización.

Se advierte igualmente en la posición que adopta el H. de D. en las luchas de renovación psiquiátrica que se desarrollan en los años 70 (Martínez Arnoriaga 1975; Linares o.c.; Bugalo 1978, entre otros). En tanto que una cierta prensa progresista (Ajoblanco, puede ser un ejemplo) unifica a todas las experiencias de lucha y oposición, el H. de D. se mantiene en su torre de marfil y experiencias como Oviedo, Conxo, Salt, Barcelona en la Santa Cruz, Bétera... son liquidadas sistemáticamente por la reacción. De forma que sólo caben dos alternativas: o que se contaba con un apoyo popular que impedía la liquidación (y éste no es el caso) o que la experiencia, después de todo, no planteaba una oposición tan radical.

Porque, efectivamente, la pregunta surge inevitable: ¿por qué se abortaron experiencias con una cierta repercusión social y el H. de D. puede mantenerse, en uno de los Hospitales más destacados por su conservadurismo y que tenía apoyo total del régimen y del propio poder médico? Sólo la rentabilidad, la privatización y una estricta concepción médica de parte de su director pueden explicarlo.

La lucha antipsiquiátrica italiana tiene efectos reformistas indudables (no es éste el lugar para discutir la polémica de los radicales respecto al oportunismo político de Basaglia) que atañen al mismo movimiento reivindicativo (Psiquiatría Democrática, como organización sociopolítica y profesional) y respecto de la superestructura legal. La promulgación de la ley 180 (3-XII-1978) tiene efectos de reforma administrativa indiscutibles. Que se pueda cuestionar desde una posición revolucionaria más dura es indudable; pero también lo es que propone cuestiones que se integran en gran parte de las propuestas progresistas españolas de renovación psiquiátrica española.

El panorama jurídico español en esta materia es desolador y, si consideramos la capacidad del estamento médico para constituirse en grupo de presión, no toda la culpa habrá que echársela a la administración. Así las leyes de Sanidad Nacional (25 -XI-1944), de Hospitales (21-VII-1967); el decreto que regula los dispensarios de Higiene Mental... sin contar con las propuestas de Reforma Sanitaria (1980) constituyen una realidad donde locura y sus calificaciones ("Peligrosidad", "daño", "riesgo", "incurables"...) definen perfectamente el área de dominio y sus agentes de delegación. Y todo esto viene a cuento de que no es posible comparar las reformas médicas italianas con lo que aquí se ha podido llevar a cabo. Y esto, si bien define a la Administración, señala evidentemente lo que esta misma Administración está dispuesta a consentir.

Cabe, pues, decir que si cualquier movimiento de reformas es difícil, mucho más tiene que serlo una experiencia que pretende situarse como en una posición paradigmática, individualizada. Lo que es evidente en el H. de D. es la falta auténtica de una propuesta de ruptura. Que acaso quisiera situarse como un polo de referencia necesario de alternativa técnica es discutible también. No buscó en ningún momento la confrontación y, en lo que a solidaridad se refiere, ya se ven con suficiente claridad los hechos.

Sobre esta inexistencia real de un valor de vanguardia así como de la carencia de un modelo teórico alternativo, se sobreañade un estilo personalizado de ejercer la dirección. El H. de D. exhibe un alto índice de costo humano por el conflicto que generan las contradicciones hasta aquí estudiadas. El año de nuestra investigación no hace sino repetir, en este aspecto, los 7 años anteriores. Purgas continuas, expulsiones, crisis personales enseñan el carácter devorador de la experiencia y los costos de un activismo que no tiene basamento consistente. Hay un aislamiento buscado, una vocación de grupo cerrado, como se ha dicho, que suscita una demanda mesiánica. Es como si toda la vida exterior (trabajo, relaciones, política, pareja) tuviera que detenerse a la salida de la institución. Esto marca a las personas, pero los marca en cuanto que los propios terapeutas han renunciado a conectar con ese exterior. No queda tiempo ni para la formación ni para otro gozo que no esté normalizado por su circulación interior.

Es decir, se trata de un progresismo con todas las marcas de una subcultura marginal y residualista. Efectivamente "silvestre", la experiencia no puede soportar el contacto con el exterior. Mas como, a la vez, no se puede denunciar lo existente, el conflicto "regresa" del plano estructural al plano individual y psicologizado. La dirección omnipresente pulveriza en miasmas psicologistas todo rastro de oposición. Islote de poder, determina el "orden" interaccional, con rasgos de fusionalidad e impersonalización que sólo puede comprenderse desde el ámbito de una ilusión colectiva, con marcado desclasamiento de sus miembros.

Se manifiesta en contradicciones que nadie se atreve a "descubrir". En la amalgama de terapias de signo opuesto, en combinaciones de tratamiento farmacológico con sesiones analíticas, de socioterapia comunitaria con psicología del aprendizaje o Terapias inspiradas en conceptos psicosociales del rol con sesiones de relajación. Espuma de movimientos que ninguno llega a plantearse en profundidad y que ninguno puede proponerse en conexión con un paradigma integrador.

Se manifiesta en las relaciones con los "enfermos". Todos conocemos ese distanciamiento frío y alienante de las relaciones médico-paciente. En el H. de D. se da la variación de la relación paternal progresistaautoritaria. No se elimina el poder, pero se lo oculta superiormente. Así, el concepto de enfermedad se manifiesta invariable: se produce un suicidio (ver más adelante) y se miente y se oculta, porque "no es posible asustar a los enfermos con este problema"(en otra ocasión similar, sí se decide que es necesario decirlo, sobre todo porque refuerza el prestigio del director, ausente en este accidente). Evidentemente, una práctica efectiva de C.T. no soporta esta ocultación. A fortiori, si el problema es de C.T. afecta a todos y nadie debe decidir por los otros. Pero, además, ¿no es un concepto de "normalidad" lo que se pone en juego, para decidir sobre lo que un loco puede alcanzar en responsabilidad?

Se formula, pues, la emergencia de una subcultura marginal: la dependencia que llegan a manifestar los "enfermos" nos sitúa ante una forma nueva de "hospitalismo". Una subcultura que arrasa con identidades populares, que no manifiesta nunca sus valores, que oscila siempre en una ambigüedad esencial. No se fomenta el re-conocimiento crítico de los "enfermos" respecto a sus condiciones de vida, se les hace extraños a ellas y, por lo tanto, se les incapacita para transformarlas. Con lo que la propia identidad cultural y de clase quedan oscurecidas. Pierde así la terapia una de sus bases comunitarias: la reinserción activa del sujeto en su comunidad y su necesidad de transformación. Por el contrario, la vida comienza y acaba en el H. de D., lo que suscitará, en los sucesivos reciclajes de los

"enfermos", en su incapacidad para realizar la vida allí donde es necesario rehacerla. De ahí otra de las vías de obtención de asistentes voluntarios: el enfermo que no puede enfrentarse al mundo exterior y acaba adoptando normas consentidas de hospitalización crónica (no podemos aquí exponer ejemplos de esas terapias progresistas de rol que se inducían en los fines de semana).

Concepción, pues, liberal y pequeñoburguesa. Confusiones y ambigüedades que aumenta el desconcierto de una persona en crisis. Espacio imaginario que cumple la misma economía de los grupos de encuentro: ocultación de las contradicciones, ocultación de las contradicciones de una sociedad de clases, en la que el conflicto se sitúa y en la que necesariamente hay que afrontar el conflicto... Pero de la que el H. de D. se evadía hasta convertirse en ese círculo de tiza donde la "libertad" era posible y donde todas las normas de interacción quedaban sometidas a las que marcaba el equipo terapéutico.

Decía Hochman que el psiquiatra ha de salir de su santuario y moverse como pez en el agua en el tejido social de la sociedad real. Y criticaba, con razón, Castel esta pretensión psiquiatrizadora. Sin embargo, lo que tampoco es válido es la posición contraria, como desconexión absoluta respecto a la sociedad real a la que pertenece el sujeto enfermo. Tanto para buscar en ella las condiciones estructurales del conflicto, las condiciones de la crisis como para, finalmente, remitir la corresponsabilidad de gestión y rehabilitación activa del loco. Incluso personajes tan representativos como Bleandonu y Despinoy afirmaban que un Hospital de día tiene sentido allí donde la imagen de la locura es susceptible de ser transformada, por una acción que modifique, a la vez, la segregación. Así Basaglia o Querido en Amsterdan consiguieron un reconocimiento no peyorativo del enfermo en sus comunidades de origen.

En último término, es el sector social de procedencia el que tiene que contribuir a corresponder al esfuerzo de inserción activa que realiza el sujeto. Reconoce como suyo el sufrimiento psicológico y lo convierte a su formulación de clase. Porque de ese sector social procede la irrupción de la "enfermedad" y a él, en última instancia, ha de serle encomendada la vigilancia de su asistencia, articulada a los objetivos de una Salud popular. Con estas consideraciones, lo cierto es que se hace verdaderamente difícil comprender el lugar del H. de D. en su articulación social.

GRÁFICO II:
MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA ANTIPSIQUIATRICA

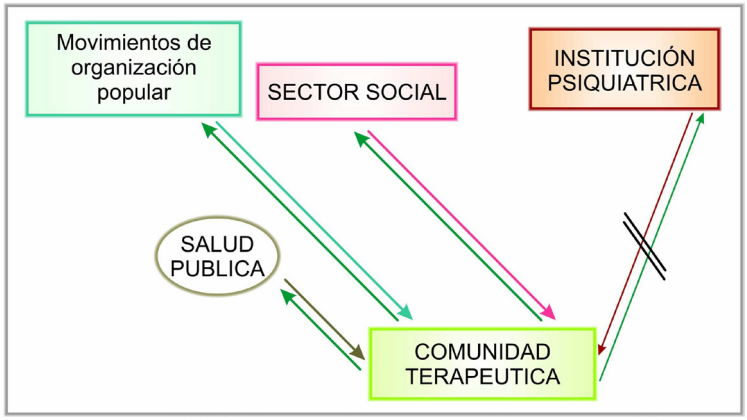
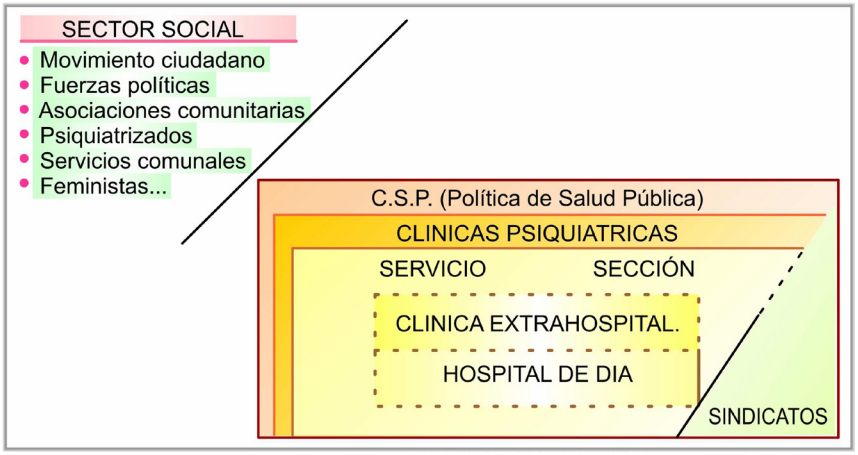


GRÁFICO III:
POSIBLE UBICACIÓN DEL H. de D. DE LAS CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS DE LA C.S.P.DE MADRID



Sin embargo, el terapeuta como instrumento de una dinámica general de compromiso político y profesional, comprometido en una práctica histórica y teórica, quedaba absolutamente alejado del protagonismo mesiánico y salvador del terapeuta del H. de D. El lugar real de esta organización institucional era el de un espacio mágico-ilusorio, despojado de la claridad y simplicidad de las relaciones sociales que busca realizar toda C.T. que, de esta manera, pretende reconstruir, fuera de toda otra presión externa, el registro de la identidad y la estructura de la organización económico-política que han determinado, en parte, la constitución del conflicto. Espacio, además, que debe poder ser el de la manifestación de la crisis, sin ninguna otra coerción violenta. Espacio, por otra parte, de solidaridad y de re- conocimiento que permite, en último término, al enfermo, la seguridad básica de que más gente comparte con él el sufrimiento psicológico. Espacio asambleario y comunitario, en el que el enfermo realiza la experiencia central de que es posible gestionar colectivamente la vida, de que es posible adoptar decisiones y compartir responsabilidades. Espacio donde el fluir imaginario y la reconstrucción simbólica se ponen al servicio de la creación de la estructura del deseo, permitiendo al enfermo esa confirmación que lo convertirá en el agente activo de su identidad conquistada.

Nada de esto ocurrió. Las Asambleas del H. de D. (elemento central en las C.T.) son un órgano formal, inutilizado para establecer las condiciones, con sus límites, de la vida comunitaria diaria. Los terapeutas formaban un bloque diferenciado, representantes de una ley que sería la que finalmente diera la última palabra. Espacio donde no existía el abordaje interdisciplinar, puesto que el psiquiatra seguía siendo autosuficiente. Donde el recambio al saber tradicional no se produce sino como un actuar desordenado, inconsciente, libidinal, caótico. Una estructura médica que no se asume en el saber psiquiátrico tradicional, pero que lo sigue haciendo “necesario”. Con la contradicción de que existe una formación psiquiátrica clásica que no puede ser removida, puesto que se intenta pasar a una psiquiatría comunitaria, sin asumir una identidad política explícita del signo que fuera. Lo que favorece la fijación ilusoria de los enfermos y un compromiso religiosochamanístico a los componentes del equipo.

2. Organización estructural y funcional del Hospital de Día.

Hemos indicado en distintos momentos que, sin una teoría sociopolítica de la Historia y de la sociedad, sin una comprensión histórica de la enfermedad y de la salud, no es posible afrontar una transformación de la asistencia psiquiátrica. Que, en último término, incluso un cambio reformista se inspira tanto en la necesidad de modernización de las estructuras estatales como de racionalización de las formas de dominación. Y que, en uno u otro caso, la reforma o la transformación no son posibles sin la existencia de una determinada demanda social y sin que un movimiento social haga suyas, como reivindicaciones, esas necesidades de cambio reformista o transformador social.

Más profundamente, una teoría de la sociedad es una teoría institucional que establece la articulación dinámica de las fuerzas productivas y de la organización del poder. Que no existe estructura social fuera de las relaciones y los procesos en los que las instituciones aparecen en sus funciones productoras reproductoras. Que es, en último término, en las relaciones productivas y en la organización del poder donde el carácter institucional se manifiesta. Y que, consecuentemente, todo cambio se expresa en la productividad y naturaleza de las relaciones que manifiestan a la organización social.

Por lo mismo, hay una congruencia estructural última entre la imagen ideológica y la formación conceptual que representa y operativiza, respectivamente, todo área referencial objetiva. Cuidado con este punto, porque no se afirma la congruencia entre la representación y la conceptualización, sino de éstas respecto de la estructura sociopolítica histórica. Que esta constatación tiene, respecto de los servicios asistenciales del estado, una traducción ideológica y técnica características. Y, más concretamente, esto supone que en el plano social y, por lo tanto, en las instituciones que lo realizan organización de poder, instrumentalización técnica y reflejo ideológico poseen unas constantes que los designan como articulados en el sistema total de su operación. Esto es así independientemente de que entre r.s.p. y productividad, ciencia y técnicas, ideología y representación puedan darse diversas manifestaciones de contradicción (ver Oaubert y Lévy- Leblond 1973), pero, sin embargo, intervienen totalizadamente en la acción institucional.

Por lo tanto, lo que se plantea es que una acción alternativa no puede dejar de conceptualizar la relación enfermedad-sociedad, enfermedadinstituciones sociales, productividad-reproductividad. No bastan cambios técnicos si éstos no van acompañados de una renovación conceptual, ideológica y, por supuesto si esta renovación no está asumida por una posición política de clase. Es decir, un proceso de transformación tiene efectos en el plano estructural de la naturaleza de las r.s.p., de la distribución del poder y, consecuentemente, en el plano conceptualoperatorio de abordaje y tratamiento del conflicto.

En este sentido, desde la posición acrítica, apolítica, aconceptual y de insolidaridad con otras tentativas de cambio, ¿puede hablarse del H. de D. como de una alternativa de transformación? En la práctica, el H. de D. lo que abandona son unas tradicionales funciones de asilación y de custodia tradicional; sin embargo, no elimina los rasgos de marginalidad, complicados por una ilusoriedad que compromete las posibilidades de reconocimiento y de identidad de clase de trabajadores, psiquiatrizados y comunidad social. Combinando en distintas dosis paternalismo, progresismo, humanitarismo, mesianismo... deja entre paréntesis la cuestión fundamental terapéutica de la cura, su sentido, su conclusión. Afirma un espacio donde determinadas formas de manifestación desviada pueden permanecer indefinidamente. Pero no resuelve ni qué curar ni cómo curar ni para qué curar.

Hemos dicho "determinadas formas" de desviación: era un lugar común la afirmación de que el H. de D. evitaba rigurosamente enfrentarse a una crisis psicótica. De hecho, lo que nosotros pudimos observar es que se hacía una selección de "enfermos", por medio de la consulta y que cada vez que hubo una irrupción pública de la manifestación de la locura, ésta fue reprimida por medio de recursos clásicos (desde la medicación hasta la misma violencia física). Y éste es un rasgo particularmente significativo. Porque diferencia al H. de D. , en su adscripción terapéutica, dep un concepto de Comunidad que, entre otras cosas, se considera un lugar no represivo de manifestación de la locura (y esto desde los planteamientos nada sospechosos de Maxwell Jones a los de Grimson, pasando por los de Basaglia, Laing, Cooper...)

Esto es, en la práctica no se cuestiona al sistema representativo, normalizador-normativizador, dominante. Pero es más, la selección de "enfermos", la prohibición de manifestación de la crisis, el poder de censura o de revocación de las decisiones de Asamblea, la negativa a considerar las condiciones concretas sociales de cada enfermo y, finalmente, entre otros rasgos, la negación misma a la remisión efectiva social, generan una práctica efectivamente desconfirmadora que agudizan la desidentidad y la incapacidad (?) de gestión autónoma del individuo enfermo Se reduplica la marginación y la dependencia, hasta formular un nuevo tipo de hospitalismo y sólo se recambia el sistema de adaptación, ya que la integración sigue realizándose respecto al sistema, si bien en las condiciones de desviación privatiza- da que hemos estudiado.

Que aquí, como en los sistemas de doble vínculo, la ilusoriedad no deja de ser cosificante, porque a la ambigüedad de los mensajes contrapuestos y contradictorios, se le sigue esa otra característica de la dependencia existencial. Por una parte, se les da, dentro de su condición de "locos"(expresión consagrada dentro del H. de D.), un status diferenciado y privilegiado respecto a los otros locos. Por otra parte, esta diferenciación privilegiada es sólo efecto de un acto gratuito de donación (con la consiguiente retroalimentación activa de la dependencia). Además, el espacio imaginario que es toda C.T. no se manifiesta como tal, no aparece como necesitado de su complementación simbólica respecto del espacio de la vida real, sino que aparece como espacio absoluto (con lo que, de hecho, se renueva una característica de la cronificación, pues el enfermo no llega a concebir otro espacio existencial que no sea el del hospital). Se cierra así el circuito de dependencia/identidad de enfermo, aunque sea bajo la forma de "enfermo-especial-del-H. de D.".Con lo que la dinámica integradora vuelve a encontrar su economía más eficaz.

Con todo, vamos a analizar determinados aspectos de esta C.T, no por comparación con las características de las C.T. de Reggio Emilia, Goritzia, Londres..., sino de acuerdo a la definición que de ella hacía su director en ponencia al XV Congreso de Neuropsiquiatría (1980). Los criterios que él exponía configuraban el modelo teórico que se supone tendría que estar a la base de su experiencia.

1) "C.T. como alternativa transformadora radical en la concepción teórico-práctica de la asistencia pública". Pura declaración de principios e intenciones, pues ya hemos visto la efectuación que este principio básico tenía en el H. de D. Institucionalmente, sólo tiene un carácter restringido de reforma progresista; no sólo no incide globalmente en las Clínicas psiquiátricas de la C.S.P.,sino que, de alguna manera, las justifica y legitima, en la medida en que acepta la coexistencia pacífica. Rivas indica que se produjeron, de parte de la Sección, distintos intentos de acercamiento que el H. de D. rechazó. Así nos lo pareció también en

algunos momentos de las sesiones conjuntas.

2) "Procurar la desinstitucionalización y llevar a cabo una reinserción activa (del sujeto) en el medio exterior". Hemos indicado anteriormente algunos rasgos de cronificación: en el año de observación se producen, además, 18 reingresos, algunos de los cuales mantienen una relación terapéutica con el hospital desde hacía varios años. Respecto a la dinámica propia del H. de D., éste, al cabo de 7años, sigue manteniendo la misma situación dentro del hospital anquilosado y sin proyección pública política alguna.

3) "Autonomía". No se sabe muy bien a qué planos referir esta autonomía y, en consecuencia, su cualificación. No parece beneficioso con relación a una política de Salud pública la autonomía de las instituciones, pues ello conllevará un carácter privado que hará, en la práctica que no haya posibilidad de control popular. Hay que considerar que esta autonomía no se define ni como descentralización ni como servicio público, etc. Hay, sí, una autonomía relativa de carácter administrativo, en función de la cual el responsable administrativo médico gestiona, dentro de la institución, "su" departamento o unidad asistencial. Pero, repetimos, esto exclusivamente alude a una característica totalitaria del régimen médico en sociedades capitalistas.

4) "Relación con las organizaciones populares y con las fuerzas democráticas, como control social de las prácticas terapéuticas". El riguroso carácter cerrado de la experiencia de González Duro, su impermeabilidad, su silencio reivindicativo, que no personalista, impedían de hecho toda forma de control democrático. En el H. de D. no existía una problemática colectiva o personal a este respecto.

5) "La ruptura con la asistencia tradicional". Quizás haya que plantear el tema último de la pasividad y docilidad de la mayoría de los "enfermos". Pero, si se va a otros rasgos más explícitos, hay que preguntar en qué sentido se da esa presunta ruptura. Ni la violencia farmacológica ni la física (suavizadas ambas, es cierto) ni la desconfirmación paternalista estaban desterradas del H. de D. Se han desterrado, es cierto, las formas extremas de represión, pero no se puede olvidar el rechazo que de personas en crisis psicóticas agudas se realizaba. El tratamiento de puertas abiertas no es entonces suficiente para consignar esa ruptura. La medicalización seguía siendo una tónica importante de la relación terapéutica (especialmente a nivel imaginario).

6) "Reparto de poder entre los T.S.M.". Ya hemos visto la separación que había entre trabajadores contratados y trabajadores voluntarios. Dentro de los primeros, hay una clara estratificación entre médico y A.T.S.s y entre los segundos se dan también estratificaciones de acuerdo con la titulación académica de cada uno. Respecto a los médicos (internos residentes o en formación) hay una tendencia a la no beligerancia, de lo que puede desprenderse un monopolio de los profesionales médicos. Las actividades más importantes eran siempre asumidas por el director del H. de D. Cuando determinadas discusiones "democráticas" no podían ser eliminadas, cualquier tipo de decisión alcanzado estaba finalmente sometido a la ratificación o veto (nunca explicado) del director. En una u otra forma, esa autoridad quedaba siempre de manifiesto, aunque no pudiera ser sometida a crítica.

7) "La disponibilidad para atender globalmente a todo tipo de pacientes". Nos hemos referido

en distintas ocasiones a este punto. Teóricamente, esto era así. Pero no en la práctica. Un slogan repetido continuamente era el de permitir la crisis; en la práctica, las veces que se dieron fueron reprimidas. Otro punto esencial que explica mejor que nada la relación entre teoría y realidad es que el H. de D. no contaba con ninguna cama, lo que le hacía transferir a la planta los casos agudos (repárese en este diferenciador respecto de los Centros de crisis que siempre tienen dispuesta alguna cama para estas ocasiones). Esta imposibilidad de atender la crisis en el H. de D., hacía que frecuentemente los familiares de los "enfermos" optaran por ingresar a éstos en otros hospitales. Los accidentes como, por ejemplo, intoxicaciones medicamentosas eran también enviados a la planta, porque se carecía de aspirador y hasta de sonda mesogástrica. Como se puede comprender, estas remisiones irritaban profundamente al personal de la planta, puesto que, en último término, ésta era considerada por el personal del H. de D., como "aparcadero" de lo más ingrato de la asistencia. En otro aspecto, el sujeto nunca era encarado desde la perspectiva de concreto histórico. Ya sabemos que esta deshistorización es equivalente a una naturalización. No existía un específico contrato terapéutico, con lo que la asistencia tenía altibajos que comprometían constantemente su eficacia terapéutica. El activismo y la falta de una planificación real de las posibilidades de asistencia sometía a ésta a una improvisación permanente, en la que aspectos esenciales de cada conflicto concreto quedaban inexplorados, por desprecio o por falta real de tiempo de dedicación. Con lo que tanto la insuficiencia de análisis como la dificultad técnica tenían que ser solucionados por recurrencia al sociologismo más reductor o a la intervención técnica más simplificadora. Este desprecio por lo histórico del sujeto concreto se manifestaba también en formas de colonización ideológica, como ya hemos visto: el recurso a una ideología "progre" que no posibilitaba ni que el paciente pudiera llegar a darse a sí mismo cuenta de sus problemas y a buscarlos solución desde el encuentro consigo mismo.

8) "Definición de conceptos y criterios claros sobre los que se apoya la práctica". Se puede rotundamente afirmar que, fuera de las usuales proclamas antipsiquiátricas tópicas, nada confirma la existencia de unos criterios de organización, de asistencia, de racionalización en objetivos y medios. No sólo no existían, es que se prohibía toda discusión sobre ellos, bajo excomunión con el calificativo de "terrorismo" o "pérdida del rumbo... antipsiquiátrico ". La existencia de terapeutas-síntoma y de enfermos-síntoma confirman esta ambigüedad organizativa. Pero otro hecho que confirma la inexistencia de criterios claros aparece con la liquidación de la experiencia: el director determina marcharse y es el momento en el que aparece la ilusoriedad de práctica colectiva que mantenía al H. de D. Y no es que se diga que desaparece la dirección capaz de mantener la experiencia; es que aparece entonces con toda su crudeza que la experiencia era exclusivamente una práctica individualizada que se beneficiaba de determinadas condiciones. Así que ni institucional ni colectiva ni terapéuticamente existe un proyecto que pueda seguirse o transformarse al excluirse su único beneficiario. De manera que cuando aparecen los dos nuevos médicos que se harán cargo del H. de D., después de la marcha del anterior director y ante la oposición del resto del equipo de éste, su respuesta no puede ser más simple: "No vienen a cambiar nada..." y tenían razón, porque la obra de González Duro se marcha con él, como "su" "prestigio", como su gestión antipsiquiátrica.

9) "No ocultación ni mitificación de la locura". Lo primero constituye una condición sine qua non de la rehabilitación histórica y social del enfermo y, en consecuencia, la premisa esencial

de una asistencia comunitaria. Lo segundo, la exigencia misma de la terapia como curación. No se dice todavía en qué consistía ésta, pero si la responsabi1ización terapéutica de constituirse, desde una identidad de clase, en instrumento técnico de cambio. "No ocultación" tiene aquí un compromiso no sólo de ruptura con un concepto asilar de custodia y negación, sino también con un concepto de salud y enfermedad. No mitificar la locura significa comprender su causación histórica y su economía subjetiva, significa comprender la dimensión de catástrofe subjetiva y personal que es, significa comprender a esa locura como negación de autogestión de una persona, de su confusión, de su dependencia de su incapacidad para gestionar un intercambio significativo con los demás. Pero tanto la marginación como la conciencia de marginalidad es ocultación; de la misma forma que contribuir a reforzar un estado de ilusoriedad mágica se resuelve en que el sujeto siga dependiente de una red vincular fantasmática, incapacitado para desarrollar su creatividad, de entender su propio sufrimiento, de alcanzar por obra de su actividad e iniciativa una identidad asumida, autoestima y las capacidades simbólicas de la expresión y la acción. Ningún enfermo del H. de D. -y concurrieron allí brillantes subjetividades- ha conseguido trascender la negación.

10) "Corresponsabilidad del equipo y de la propia C.T." Desde la propia teoría de los grupos, sin definición de tarea, sin proyección de objetivos, sin planificación los recursos, sin funcionalizar la actividad, sin proceder continuamente a una evaluación de las prácticas y a su control colectivo, entre otras cosas, no se puede hablar propiamente de equipo o de grupo. Determinación de las vías de acceso, definición que puede ser cambiante de las responsabilidades, democratización de las decisiones son los supuestos fundamentales tanto del trabajo en equipo como del acceso multidisciplinar a la enfermedad. Nada de esto se dio en el H. de D. Ni en la organización ni en la terapia se marcan objetivos ni se definen las áreas de responsabilidad individual y grupal. Cada terapeuta pierde con ello el único criterio posible de su formación, a la vez que se suscita una conciencia de inseguridad, en unos, y, en otros, un espontaneísmo autosuficiente y redentorista. Pero, además, se favorece un cierto concepto de "trabajo en migajas" que rompe con toda posibilidad de unificación. Hemos dicho anteriormente que el director potenciaba esta individualización irresponsable con su estilo personal y ambiguo de dirección. En efecto, cada vez que públicamente aparecía un fracaso demasiado evidente o una regresión excesiva, la tónica de tratamiento era una culpabilización individual, sin planteamiento de qué fallaba en la intervención grupal. Ni a la totalidad de la comunidad se le concedía propiedades terapéuticas en todas y cada una de las actividades, de los procesos, de las relaciones ni se produce en ningún momento una conciencia grupal de comprensión del proyecto y de sus objetivos. El director los resume todos y los resume por improvisación permanente, en un flujo continuo de decisiones que sólo tienen de unificador su pertenencia a un sistema inseguro, indefinido, afectable por la última novedad, de falta de principios.

Lo menos que puede decirse, después de esta rápida y parcial exposición, es que el medio poseía una constante patógena no distinta a las que pueden encontrarse en las instituciones tradicionales del sector. De forma que no se conseguía uno de los requisitos más importantes de las C.T.: claridad estructural y desocultación de los conflictos que pueden aparecer en toda relación comunitaria. Como se ve, el planteamiento es radicalmente opuesto a una mitificación de las C.T.: no se puede pretender una sociedad ideal en el seno de una sociedad conflictiva; pero lo que es posible conseguir es un marco social, de legislación relativamente autónoma (porque tiene todas las limitaciones de su ubicación

histórica), donde el efecto Weber de ocultamiento pueda ser relativamente neutralizado, en el que las presiones sociales más apremiantes puedan ser temporalmente congeladas y, en fin, donde los conflictos relaciónales existentes puedan ser enfrentados sin temor de destrucción.

No ocurre esto en el H. de D., muy al contrario: sigue operante esa causalidad irracional que, por momentos, tiene unas cotas de permisividad superior y, en otros, alcanza niveles de intransigencia e inflexibilidad verdaderamente autoritarios. Con lo que el sistema de doble vinculo, oculto por su propia "neutralidad", se reproduce al interior con eficacia que refuerza la propia conflictividad del sistema familiar.

Determinados fallos se querían achacar a la falta de recursos del H. de D., que era cierta, sin duda, pero que era consecuencia del precio que pagaba por su privatización. Pero no faltaban recursos humanos, sino, más exactamente, faltan ideas claras, ideología, formación, objetivos esclarecidos. Falta exactamente una actitud decidida de confrontación institucional, de lucha contra la alienación psiquiátrica, de afirmación de una política asistencial que tenga funciones de impugnación sobre su propia capacidad de contagio sobre experiencias similares. Y falta porque verdaderamente no existe un proyecto colectivo, sino un proyecto personal que tiende a realizarse por una vía que no supone confrontación real con el poder y que tiene un mercado publicitario asegurado. Que otros condicionantes como son el paro endémico de psicólogos y una falta de sensibilización popular respecto a la asistencia psiquiátrica coadyuven a este fenómeno privatizador, es algo que tiene su importancia efectiva, pero que no podemos estudiar aquí.

Consideramos que efectivamente hay dureza en nuestra posición crítica; pero es que consideramos que sólo un ejercicio auténtico de autocrítica puede conseguir o tener efectos en la reconversión de izquierdas de unos principios que, finalmente, no pueden volverse sino contra el mismo movimiento popular. Y si se pudiera realizar, en profundidad, un análisis de contextualización histórica del H. de D. nos encontraríamos con que en 1981 la transición democrática y la C.T. presuntamente antipsiquiátrica poseen similares caracteres de formalidad.

ESTADO ESPAÑOL	HOSPITAL DE DÍA
- existencia de un parlamento de representativo de la sociedad	- existencia de una C.T. con Asamblea de regulación de la relación terapéutica
- existencia de poderes fácticos de poder no sujetos a norma democrática	- existencia del régimen hospitalario
- idénticas fuerzas de orden social	- la misma estructura asistencial
- la misma estructura de intereses que hace 40 años	- el mismo modelo de poder médico que ordena toda la Salud pública
- una continua situación de "golpe" de .../...	- la misma "mediación" autoritaria

Acaso sea necesario indicar (no es posible tratarlo en profundidad) algunos hechos justificativos de la comparación: la ocultación sistemática de accidentes- suicidios-; la prohibición a un terapeuta de crítica en la asamblea de comunidad; la costumbre de que los terapeutas no votasen nunca en la asamblea con lo que no estaban nunca obligados a sus acuerdos; la falta de capacidad decisoria del equipo respecto de ausencias, viajes, etc.; el anonimato permanente de los miembros del equipo ante la prensa; la negativa constante a exigir recursos tanto laborales como materiales a la administración.

(I) Funcionamiento del H. de D. (No incluimos aquí a los grupos de tarde que, en número de 3 psicóticos, neuróticos, amas de casa, llevaban 6 asistentes voluntarios más la aportación ocasional del director, grupos que funcionaban en distintos días a partir de las 19 h. hasta las 22 h. No seguimos esta experiencia). El H. de D. estructurado de acuerdo con los criterios de su director, se manifiesta esencialmente como un conjunto de actividades que, fundamentalmente, expresaban un concepto asistencial. Como se ve en los gráficos IV y V la característica más acentuada consistía en una estricta regulación de horarios. Como normas generales se pueden señalar las siguientes:

- tres faltas para los "enfermos" suponían su alta inmediata;

- llegar tarde a cualquier actividad suponía no participar en ella. Se cerraban las puertas del espacio de actividad y se impedía que el paciente participara de cualquier otra actividad en el resto de la jornada (esta norma fue reformulada muy posteriormente, como consecuencia de distintos conflictos con ella, especialmente como consecuencia de su aplicación estrictamente a pacientes. El absentismo parcial o total del equipo terapeuta -a excepción de las A.T.S.s contratadas- era alto);

- prohibición de tomar alcohol o cualquier otro tipo de droga(sólo para pacientes);

- no se podía salir del H. de D. en el tiempo libre de 11,30 a 13,30 h. (sólo para pacientes).

Estas normas fueron suspendidas en el mes de marzo de 1981, a instancias del equipo terapéutico, especialmente de parte de su director, momento que coincide con el anuncio de su marcha y de la de una de las A.T.S.s del staff.

Respecto al tema de la admisión, ésta ordinariamente se realizaba desde la consulta extrahospitalaria. El director pasaba consulta dos días a la semana y allí realizaba las admisiones que consideraba oportunas. Por supuesto, no existían criterios establecidos sobre la conveniencia de esta indicación. La referencia del ingreso hecha al equipo se reducía a una comunicación verbal sobre la biografía social y a grandes rasgos del enfermo. No se puede decir que existiera una historia clínica (al menos ésta nunca apareció) y toda otra cuestión de diagnóstico o pronóstico se obviaba. Se puede, pues, decir que todo el registro clínico, seguimiento, tratamiento... no existía.

Contrariamente a las prácticas usuales en otras C.T. el ingreso del enfermo se realizaba por "inclusión súbita" del enfermo en el H. de D. Ingresaba, se hacía o no un lugar y poco a poco se ponía en antecedentes de lo que allí ocurría. La adscripción de terapeuta se realizaba de acuerdo con las posibilidades de cada uno de estos, sin que mediaran otro tipo de consideraciones técnicas o clínicas. Y, a partir de ese momento, el enfermo quedaba integrado en las distintas actividades. Por supuesto,

los enfermos no tenían ningún otro tipo de protagonismo en estas admisiones.

De los cuadros de actividades que introducimos a continuación lo más destacable es la consideración de que no existía ninguna actividad propiamente formativa. Lo que se pudiera aprender no era mucho y todo ello obtenido, se supone, por "impregnación". Las llamadas "sesiones clínicas" o "críticas" no dejaban de ser nombres que designaban reuniones, pero sin efectos prácticos evidentes sobre una consideración de abordaje interdisciplinar de los "enfermos" o sobre los necesarios intercambios de control terapéutico, exigibles siempre, pero mucho más con profesionales que hacían sus primeras intervenciones. El desprecio a las técnicas se correspondía con un espontaneísmo técnico verdaderamente irresponsable. Pero veamos ya los gráficos y examinemos sus características.

GRÁFICO IV: MAÑANAS

HORARIO	PERSONAL	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9,30 lOh	A.T.S.s(2)	Medicación	Medicación	Medicación	Medicación	Medicación
10-llh	Todos	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea
11 11,15	Terap.	Reunión	Reunión	Reunión	Reunión	Reunión
11,30 14,30	Pacie.	T. libre	T. libre	T. libre	T. libre	T. libre
11,30 13,30	Terap.		Terapias indiv. y familiares	Terapias ind.yfam	Terapias ind.yfam.	
11,30 12,30	Terap.	Terapias individuales				Terapias indiv.
12,30 13,30	Todos Grupos	Terapeutas S. clínica				Psicopintura Grupal
10,45 14h	Direc. H. de D.	Consulta extrahosp.				Consulta extrahosp.
]3 14,30	H. de D. y Sección	Sesión conjunta				
13,30 14,30	Terap.		Sesión clinica	Sesión clinica	Sesión clinica	Sesión clinica
14,30	Pacie./A.T.S.	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida

GRÁFICO V: TARDES

HORARIO	PERSONAL	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
15 17,30	A.T.S. (2) 1Asist. vol 3 grupos		Psicopintura	Dinámica grupal		Dinámica grupal
15,45 18h	pacientes terapeutas (no todos)	Psicodrama			Psicodrama ó Relajación c/ 15 dias	
17,30h	A.T.S. (2)	Mediación			Medicación	
18h	A.T.S. (2)		Medicación			Medicación
22 h sin límite	Terapeutas H. de D. y grupos tarde					Sesión crítica
19 20,30	1 ó 2 terap.	Grupo padres				

(II) Actividades y modelo ecléctico. Si repasamos el conjunto de actividades constatamos la coexistencia de técnicas pertenecientes a distintos marcos referenciales. Tomaremos como pie las distintas actividades y recorreremos sus elementos más importantes.

MEDICACIÓN: Se utilizaba como tratamiento no exclusivo, contrariamente a lo que ocurre en el modelo médico tradicional. Tampoco las dosis eran las mismas. No se limitaba su administración a tratamientos de desintoxicación o para paliar los efectos de los estados de abstinencia; sino que ante cualquier tipo de ansiedad o en los momentos de inquietud y agitación, eran utilizados tranquilizantes menores y mayores. Al menos en una ocasión, observado por nosotros, se utilizó Colme con un alcohólico. Lo que no se entiende muy bien, si no es por razones de imagen, es por qué se negaba públicamente la utilización de este tipo de tratamiento.

ASAMBLEA: Se supone que se trata de uno de los elementos más importantes en la terapia comunitaria, aunque también uno de los más contradictorios. En el H. de D. no llega nunca a tener la importancia efectiva que desprende su planteamiento teórico. En el tiempo de nuestra investigación constatamos distintas razones que pueden hacernos comprender por qué perdía eficacia terapéutica.

De una parte, los terapeutas faltaban con relativa frecuencia lo que, de hecho, cuestionaba y quitaba credibilidad a la importancia teórica que quería dársele a esta actividad. Por otra, la intervención de los terapeutas no se efectuaba como la de miembros indiferenciados del colectivo, sino que tendía a manifestarse como diferenciada. Generalmente, el equipo terapéutico intervenía en bloque, defensiva u ofensivamente. Por otra parte y sólo como consecuencia de la crítica pública que se había recibido,

tardíamente, el equipo terapéutico comenzó a participar en las votaciones.

Como notas más distintivas de esta actividad asamblearia tenemos las siguientes:

1. Faltas relativamente frecuentes.

2. Escasa participación y gran inhibición colectiva.

3. Actuaciones defensivas en bloque.

4. Se dejaba opinar, "dentro de un orden"; pero las decisiones eran tomadas unilateralmente por parte del equipo terapéutico.

5. De manera vacilante, se han denunciado no pocas manipulaciones.

6. Se hacían interpretaciones.

7. Dentro de las posibilidades autónomas del H. de D., la asamblea no era decisoria.

8. No se aceptaba la presencia de la crisis: "enfermos" agitados eran expulsados, en ocasiones violentamente.

Teóricamente, la Asamblea es el espacio fundamental de la CT Establece la posibilidad para el colectivo de dotarse de reglas y valores de convivencia social (relativamente, porque la CT. se contextualiza históricamente). Existe un "face to face" que permite afrontar las contradicciones y una situación de esclare- cimiento (relativo) que posibilita la discusión de los controles institucionales. La relativa simplicidad organizativa y su transparencia tienen efectos protectores que permiten controlar el monto del incremento de ansiedad por presión social. Desdramatiza el conflicto y resuelve gran parte de sus cargas emotivas, "distribuyéndolas", porque todos comienzan a reconocerse en él. Permite abordar la diferencia y la identidad, compartir el malestar, en lugar de encapsularlo en la imputabilidad individual. La autoridad puede ser puesta en discusión, sin que de ello se siga el castigo inmediato. Asimismo, la competencia técnica que pierde su ropaje protector, autosuficiente y mayestático. El técnico acepta el cuestionamiento y lo acepta en un lenguaje transparente, estimulando la crítica, de manera que ésta pueda convertirse en un medio real de transformación, posibilitando la desocultación de la situación real. En esta intervención crítica y decisoria es donde residen gran parte de los valores terapéuticos de la Comunidad. En su interior, lo positivo y lo negativo es terapéutico, porque todo factor, toda re1ación puede y debe ser sometida a su cuestionamiento simbólico.

Por lo tanto, el objetivo fundamental de este espacio consiste en gestionar las situaciones, en clarificarlas hasta su comprensión simbólica, identificar las experiencias y promover su comprensión socioterapeútica.

La crisis se admite como una expresión que no se promueve, pero que tampoco se oculta o reprime. Permite entonces que todo sujeto obtenga la seguridad y la comprensión que necesita para poder replantearse su identidad. Pierde, por el hecho de compartirla, la soledad de su singularidad. Como

un espacio de intervención colectiva sobre la locura, donde el sufrimiento es comprendido como una experiencia que se comparte y en la que cada uno, al reconocer al otro, se reconoce a sí mismo.

La Asamblea establece no otro espacio de vivir, sino un "hueco" donde sea posible vivir mientras la crisis se desarrolla. Promueve, aún entonces, la responsabilidad de que es posible gestionar la vida. No lo persigue implacable, pero tampoco lo niega, fomentando su pasividad o su dependencia. Genera vínculos de interacción, sin que se evite artificialmente la contradicción, sino permitiendo que se pueda criticar.

Así, la presentación del enfermo en la Asamblea constituye el doble de una especie de rito de iniciación: conjura el terror fantasmático del encierro. Se presenta y re-presenta y la comunidad se le ofrece como es, con sus reglas y valores. Suscita o le exige un compromiso, es decir, le devuelve el poder de pactar: su asistencia, su participación, su esfuerzo en el conocimiento y en la gestión colectivos de la situación. Lo que produce en el sujeto la seguridad de la confirmación de su existencia.

Su dinámica interpersonal hace pasar la expresividad de los hechos en tanto que puramente individuales a un plano de intercambio significativo, más grupal, más social. Y, desde ahí, la histórica de cada paciente, conjunto de hechos a veces sin aparente sentido, comienza a ser reconocida en la Hª de los demás comienza a poder ser integrada, leída. Cada sujeto puede reconocerse en lo que el otro dice de sí. Fluyen las experiencias comunes de los episodios vividos (aunque sean delirios) y se integran en la trama significante que constituye la experiencia comunitaria.

La locura deja de ser una confusión interior imposible de ser vivida y gestionada: se abre la posibilidad de la comunicación de la interacción, del reconocimiento confirmatorio. Pero, al mismo tiempo, en esa su apertura comunitaria, los mecanismos de segregación social y de desconfirmación masiva, van a permanecer congelados.

La Asamblea, pues, no proporciona sólo un espacio de acción interpersonal; abre la perspectiva de una "alteración" existencial del enfermo

· en la posibilidad de encuentro con su palabra;
· de observarse en su situación;
· de comprender su biografía en la Hª de los otros;
· en la gestión de su vida actual; · en su disponibilidad actual del pasado y futuro;
· en la aceptación o rechazo que de sí mismo tiene que hacer, aunque en situación compartida;
· en la responsabilidad de su tratamiento; · en la medida que los otros lo ven, lo escuchan, lo sienten, lo conocen, lo re-conocen.
· Lo que permite establecer la confrontación entre el sentimiento de sí mismo y la imagen que le devuelve la experiencia grupal.

Con lo que la conducta, toda conducta, recobra su carácter humano. Porque el grupo integra, se pregunta, interpreta las conductas significativas, dándoles sentido histórico, interaccional.

Existen unos criterios de socialización, pues, que permiten asistir a la progresiva reconstrucción subjetiva de la personalidad. No es que se imponga un modelo de identidad y adaptación social. Y ello por no

adscribir roles, delegaciones, por no imponer esas depositaciones que forman frecuentemente toda la trama de la locura (de ahí la importancia de que la cultura de la CT. sea una consecuencia de la interacción efectiva del colectivo y no la inducción paternalista y/o autoritaria del grupo de poder). No se persigue una adaptación normalizadora, sino la posibilidad de un espacio social de interacción terapéutica donde cada uno, con los demás, pueda llevar a cabo la tarea de esclarecimiento subjetivo/personal de sus condiciones de vida, de su proyecto existencial, de su identidad, del sentido mismo de su crisis.

Así lo encontramos incluso en las experiencias más reformistas. Las diferencias entre autores como Basaglia (19S8), Grimson (1972), Fanón (1959), Carroñe (1971), Carroñe y Figuereido (1976), Cheu, Healey, Willians (1969), Astrachan (1970)... son considerables; sin embargo, no faltan rasgos comunes que permiten comprender la CT. como la consecución multipolar en la aproximación terapéutica, con rechazo de la relación tradicional médico-paciente y las consecuencias de marginalización del tratamiento en régimen cerrado. No implica la imposibilidad de conexión entre abordajes individuales y grupales, sino que los complementa en los términos de un marco de relaciones interpersonales clarificadoras y, por ello mismo, segurizadoras.

Como señalaba Stublebine (1972) una CT. no niega u oculta las relaciones de poder y autoridad, las normas que puedan darse, sino que permite su esclarecimiento y su discusión abierta. Porque en la fórmula demagógica "todos somos iguales" a nadie se le oculta lo que Orwell decía(1945): "pero unos más iguales que otros" . No "enferma" la autoridad y el poder; enferma la confusión y aún no poderlo descubrir.

En el H. de D. la Asamblea carece de este papel esclarecedor. Mitifica la comunidad, pero realmente no le confiere ningún poder. Se convierte en un supuesto formal, de manera que se mantiene, incluso cuando no hace más que desarrollarse como un rito de apertura que hay que cubrir ordenancistamente. Desde el por qué de los psicofármacos -decisión estrictamente médica- hasta la posibilidad de una fiesta o de una salida colectiva, todo queda en la penumbra ambigua y ambivalente que no tiene otro efecto que incrementar la confusión y la dependencia.

SESIONES FAMILIARES

En realidad, se limitan a cubrir necesidades de historia social y de apoyo o consejo, más que convertirse en elementos a) de diagnóstico y b) de control del tratamiento y seguimiento. En todo caso, establecen el marco de los roles establecidos, pero en ninguna ocasión bajan hacia la naturaleza de los vínculos en la interacción u con propuestas sobre la estructura subjetiva del paciente y los procesos de constitución. Conceptual y técnicamente no siguen ningún modelo estricto ni de psicología vincular ni de análisis comunicacional. Planteamientos de este tipo eran rechazados, para inspirarse más bien en la necesidad de contar con el apoyo familiar que en los supuestos de esclarecimiento del conflicto básico del paciente.

GRUPOS DE PADRES

Se trataría de una terapia familiar múltiple, a la que asistían distintos componentes de las familias de los distintos pacientes. Su función era la de establecer una función múltiple de espejo entre las distintas familias. En definitiva, el intento de establecer una cierta comunidad de problemas y la manera de resolverlos. Por supuesto, la falta de orientación en la actividad anterior impedía aquí la formulación societaria del conflicto y sus componentes estructurales. Más bien se consideraba como una actividad grupal más, sin conexión efectiva con el problema terapéutico de los pacientes

internados. En ocasiones como una actividad asistencial de otro tipo.

Laing en seguimiento del grupo de Palo Alto, la tradición de Sheppard Enoch Pratt Hospital de Towson, la de Cestnut Lodge, los estudios de Ackerman (1958), de Rosenthal (1963) de Bateson, Haley & Weakland (1956), Bateson (1963), de Bettelheim (1967), de Boszormenyi-Nagy (1965 y 1969), de Bowen (1959 y 1960), de Brodey (1961), Erickson (1968), Fairbairn (1952), Ferreira (1963), Friedman (1965), Fromm- Reichmann (1950), el GAP Report (1970), Haley (1959), Haley y Hoffman (1967), Hill (1955), Jackson (1959), Jackson y Weakland (1961), Jacobson (1964), Laing (1960, 1961, y Esterson 1964, y Philipson y Lee 1966), Lidz (1963, 1965, 1968), Lu (1961), Mahler (1968), Modell (1968), Rosenthal (1963, 1972), Schafer (1968), Schafer, Wynne y otros (1962), Searles (1958, 1959), Shapiro (1967), Singer y Wynne (1965), Spitz (1945), Stabenau, Tupin, Werner y otros (1965), Stierlin (1969, 1972a, 1973, 1974), Sullivan (1953), Winnicott (1953, 1958), Wynne (1965, 1969, 1972)... son indicadores de las características que debe tener la intervención familiar ya en las técnicas de comprensión del conflicto estructural como en un seguimiento terapéutico integrador.

En nuestra parte II hemos dado las indicaciones que permiten comprender la importancia del análisis familiar respecto del núcleo conflictivo central del sujeto. Y ello no sólo en su papel estricto mediador respecto de la organización social, sino también en su propia consideración de matriz del estilo subjetivo. Esto representa no sólo desindividualizar la enfermedad, a la vez, significa comprenderla ecológica, estructural, genética y dinámicamente. En toda su profundidad, representa una alternativa con todas las precisiones que haya que hacer, una verdadera alternativa teórica al modelo individual, evolutivo, estático-mecanicista orgánico-biológico.

El análisis del sistema familiar nos permite comprender de qué economía de relaciones es emergente y producto una crisis individual. Nos permite comprender los dramas de la diferenciación y de la separación. Nos permite asimilar las delegaciones racionales, éticas, afectivas que aparecen en el conflicto. La naturaleza de la simbiosis familiar, los problemas de la desidentidad, etc., etc. Por lo mismo, es un test de la evolución del sujeto en el tratamiento, de las nuevas relaciones, cambios o resistencias que se entrecruzan permanentemente.

Lo que, por supuesto, entraña una política de la comprensión del síntoma. Ya no considerado por más tiempo como un indicante orgánico, sino como una auténtica técnica de supervivencia frente al cambio, de una técnica de negociar los vínculos. Un verdadero instrumento de interacción y transaccional, como lo único que consiente una cierta autonomía frente al control persecutorio familiar. El papel de intercambio, de impugnación, de sometimiento, de reproducción de normas que no sirven a la autonomía... Así, desde los tiempos de Freud ya se ve la constitución del sujeto en los términos de este drama interactivo, de identificaciones ilusorias e ideales, de relaciones fantásticas y de introducción de la ley y al síntoma como el discurso silencioso que en el contexto familiar y biográfico adquiere toda su significación.

Nada de esto hemos advertido en el H. de D. El recurso a una sociedad enfermante reducía todas estas cuestiones. En el tiempo que estuvimos allí ninguna observación, ningún estudio, ninguna indicación metódica permitió comprender de qué se hablaba y cuál era exactamente el discurso científico. Se podrá juzgar esta pretensión como “reaccionaria”: pero no podemos olvidar que estábamos en un espacio asistencial y que toda referencia a supuestas espontaneidades terapéuticas encubren siempre (Berke, Cooper, Basaglia...) un saber denso que adquiere toda su dimensión transformadora por la

identificación política; pero sin que esta identidad "borre" a aquella, sino que la potencia y le da su orientación de instrumento de cambio.

3. El equipo terapéutico y su inserción dentro de la institución

Analizado el H. de D. en sus rasgos estructurales más importantes, pasamos ahora a diferenciar los grupos y subgrupos, con sus constelaciones de relaciones específicas, sus intereses y sus objetivos. Comenzamos por los terapeutas. Previamente, decir que consideramos a los grupos y subgrupos a partir de una serie de rasgos concretos, lo que nos permitirá establecer su estructura, dinámica, génesis y productividad. Así, la propuesta de trabajo es la siguiente:

a) Relaciones respecto del poder y la autoridad. El equipo frente a la normatividad de la CT.
a_1) Cohesión y coherencia técnica, política e ideológica. La discusión y la crítica. Interdisciplinariedad. La participación. Control individual y grupal.
a_2) Relaciones intergrupales. Manifestación de conflictos y su resolución en el interior de la CT.

a) Equipo terapéutico y comunidad. El poder y la autoridad.

A lo largo de todo nuestro trabajo se ha visto bien que la medicalización de la locura más que efectos de terapeutización y rehabilitación del enfermo lo que entrañaba era marginación social. Que un componente esencial de esa medicalización era una acción custodial, más o menos humanizada y que ese componente es susceptible de adoptar formas modernizadas de manifestación (así puede establecerse en Goffman 1970, Levinson y Gallagher 1964, Wechsler editor 1970, Bastide 1966, Grad de Alarcón 1976).

Desde las vicisitudes del "tratamiento moral" hasta las modernas manifestaciones de comunidad terapéutica, afines en el fondo, siempre se produce, en un momento dado, la contradicción entre las reformas introducidas y el carácter médico de su gestión y fundamentación. Carácter que no siempre se mantiene en los límites de lo que proclamaba Hochman (1971): "los psiquiatras sólo somos funcionarios de una sociedad dada, pagados para responder a su demanda y, eventualmente, para esclarecer dicha demanda", sino que fundamentalmente se extiende tanto desde la estructura de poder que adopta una organización hasta su misma comprensión del contenido mismo de su intervención.

Y no se trata sólo o exclusivamente de los efectos iatrogénicos de la asistencia psiquiátrica (hecho universalmente admitido desde los trabajos clásicos de Barton 1959) o del propio pesimismo psiquiátrico, sino de que la medicalización estricta de la locura no puede jamás generar conocimiento. Se advierte con una lectura crítica del Informe Standor (Rosenhan 1973) en el que se demuestra lo infiable de los diagnósticos psiquiátricos y se advierte igualmente en la característica de las historias clínicas, cuando las hay. La medicina no puede sino proponer reformas tangenciales al problema de la perturbación psicopatológica, por más que donde si es efectiva es como gestora de un poder asistencial que se inscribe en la racionalidad y ética del capitalismo.

Es así sintomático que Montoya (1978), protagonista de dos de los conflictos más importantes en los psiquiátricos españoles, Oviedo y Santiago, tenga que reconocer que jamás se ha planteado una

lucha o reivindicación por la transformación del sistema asistencial:"... Así, se centra la dinámica de estos conflictos intrahospitalarios en luchas de poder para satisfacer una ideología personal, religiosa o política e incluso para la busca y realización de una estructura social intramanicomial artificiosa y utópica que satisfaga estas ideas y a la que los enfermos tienen que adaptarse por fuerza".

Se trata de dos conceptos que es necesario resaltar: de una parte, el nihilismo terapéutico puede ser consubstancial o con la concepción tradicional más reaccionaria o con la vanguardia más radical y ninguna tiene por qué oponerse, en último término, a la gestión teórica, técnica y administrativas médicas. Y, por otra parte, no toda renovación tiene planteamientos de alternativa, sino que puede muy bien ubicarse en el concepto de una reforma o desviación internista no cuestionadora de la estructura hospitalaria y, por supuesto, no debeladora del poder médico dominante.

Otra cuestión conectada, que nos ayuda a comprender estructuralmente al equipo del H. de D., como inmediatamente se verá, es el tema de si toda asistencia psiquiátrica hospitalaria es institucional y al contrario. Tema que tiene dos derivaciones importantes: de una parte, en qué medida es aceptable terapéuticamente hablando, que la hospitalización represente siempre una marginación social y, además, cuándo es necesaria la internación, si no es que contamine institucionalmente.

Y en la medida de respuesta a lo anterior, habrá que preguntarse por qué H. de D. y por qué CT. En principio, parece obvio, incluso desde la óptica médica, suponer que no todo paciente necesita hospitalización (cualquier tipo de hospitalización) y que todo paciente necesita seguimiento después de la hospitalización. Pero, además, se supone que un hospital, todo hospital o se plantea como "un instrumento de asistencia caracterizado por métodos terapéuticos que no pueden realizarse fuera" o no tiene ningún sentido. Y, en el caso de las CT., se supone la posibilidad de "crear un pequeño mundo en miniatura bastante complejo para comportar situaciones conflictivas variadas; pero lo suficientemente sencillo para que puedan manifestarse las estructuras relacionales"(las citas son de Sivadon 1970).

Se indica entonces, como ya decíamos anteriormente, al hablar de la Asamblea, que, caso de ser necesaria la hospitalización, esta sólo tiene sentido si permite al sujeto estabilizar su identidad social, para permitirle "criticar" y reestructurar sus relaciones significativas consigo mismo, con los otros y con el mundo.

El problema es que quién establece esa sociedad como proyecto es el que decide, por una parte, la hospitalización y, por otra, el que de entrada, como primer efecto de su poder, se va a convertir imaginaria y fantasmáticamente, así como simbólicamente en el líder indiscutible de ese pequeño mundo. Es decir, es un poder efectivo constante que o constantemente se cuestiona y constantemente acepta poder ser compartido o no tiene ninguna diferencia con las restantes formas de poder dominante. Y compartirlo o cuestionarse por supuesto que no es la consecuencia de un acto paternalista, sino de un acto radical de compromiso.

A partir de la terminación de la II Guerra Mundial comienza a plantearse, en la propia psiquiatría, la "necesidad de hospitalización". Tema que, inmediatamente, como se verá incluso en los reformistas sinceros, plantea algo más que un problema médico. Ni siquiera un acto de desmitificación sobre la imagen social del loco como individuo peligroso, con todo y ser importante este cambio. Se plantea la dimensión social de un conflicto que no se reduce a ella, pero que en ella tiene uno de los planos de su manifestación.

Esto conlleva evidentemente efectos sobre la red asistencial La progresiva desaparición del Hospital psiquiátrico y la integración en los Hospitales generales así como la tendencia a descentralizar la asistencia psiquiátrica. Aunque, claro está, no suponía el cuestionamiento médico de la enfermedad, sino, y en último término, especialmente a partir del descubrimiento de los psicofármacos, en los años 50, un movimiento de reafirmación médica de la propia psiquiatría. Así lo indicaba la OMS que, en 1966, insistía en que "la psiquiatría es una rama de la medicina y la salud mental es uno de los elementos de la salud". (Conferencia de Oxford 1966).

Pero el problema sigue siendo quién determina la necesidad de hospitalización, para qué y qué clase de hospital. Desde una perspectiva puramente técnica y, por supuesto, sin entrar todavía en discusión, la distinción entre psicóticos y crónicos fija como una especie de criterio que serviría para establecer el poder de esa decisión, su alcance, su estructura y su dinámica.

Para decirlo con pocas palabras, e incluso en conceptos de esa misma Conferencia de Oxford, el ingreso en una institución sólo se justifica con una estancia media inferior a un mes y como consecuencia de que el diagnóstico haya de ser seguido de una terapia intensiva, constante y total. Y aún esto siempre que el tratamiento domiciliario no sea posible o siempre que no exista la posibilidad de un tratamiento ambulatorio.

La hospitalización, sobre su ser de decisión, en planteamientos comunitarios sólo tendría sentido o a partir de la hostilidad social frente a una crisis aguda o como posibilidad de un espacio de albergue limitador que le permita en todo caso al paciente la posibilidad de reestructuración subjetiva. Pero, en todo caso, dentro de unos moldes simbólicos y no fantasmáticos la conexión con su espacio de extracción. Decimos que esto ocurre en planteamientos reformistas y nada revolucionarios (como se ve en Bukle 1966). Pero, siempre y además, aceptando que ya la hospitalización, toda hospitalización, es el comienzo de un "fracaso terapéutico" (OMS Madrid 1968). Por supuesto, también, lo repetimos, el tratamiento ambulatorio o en régimen de Hospital de Día no elimina la medicalización del tema.

Es decir, fuera de cualquier otra consideración, un Hospital de Día no cuestiona en sí mismo el orden institucional psiquiátrico ni, por supuesto, el orden jerárquico médico. Y para demostrarlo bastan muy pocos datos.

En efecto, o bien se plantea una psiquiatría de sector, en la que el Hospital sigue constituyendo un foco de irradiación con dispositivos de detección y tratamiento precoz en régimen ambulatorio y de Hospitales de día, con tratamientos breves y posteriores mecanismos de seguimiento (sistema que produce un residuo siempre creciente de "crónicos" y una dinámica de recaídas también crecientes), de manera que el Hospital sigue teniendo funciones de custodia y marginación. O bien se pretende una psiquiatría comunitaria, en la que se intenta la menor institucionalización de los recursos asistenciales y del propio enfermo y se puede llegar fácilmente a esa psiquiatrización creciente que denuncia la política seguida en California. Y en ninguno de los dos casos estaremos ante una alternativa "radical" En un caso y otro nos encontraríamos con la pretensión de Hochman que no supone sino una psicologización de todo tipo de problemas (Hochman 1970 y la respuesta ya citada de Castel).

Pero como se ve en la actualidad, hay un crecimiento progresivo de los Hospitales de día y su caracterización (Bleandonu y Despinoy 1974) se realiza de forma tan simple como la de insistir sobre

el hecho de que "el fenómeno de la hospitalización de día sólo puede aparecer si una sociedad adopta una imagen de la locura que implique la posibilidad de una acción modificadora. La hospitalización de día supone la opción del trata- miento sobre la acción segregativa, los cuidados al enfermo sobre la protección de la sociedad".

Insistimos en estos rasgos porque ellos ponen de relieve uno de los elementos más importantes en la mitificación que del H. de D. hacían sus mantenedores. Que confundían esta reforma con una posición radical y, más aún, que permanecían ciegos ante el status de la institución y aún ante sus condicionantes. No se preguntan por el poder de decisión implicado ni se preguntan qué objetivos tiene que trazarse una tal actuación. Pero, además, no se plantean ni los temas de qué tenga que significar lo comunitario en relación al enfermo, en qué consiste la recuperación clínica qué prolonga el seguimiento, etc. etc. Que no se haya querido reparar en la vertiente económica del problema cuando en el mundo entero y después de las reformas de sector o la "despsiquiatrización" californiana muestran que el procedimiento es altamente rentable, da que pensar. Que no se quiera considerar la experiencia de Querido en Amsterdam (1954) que en muy poco tiempo establece una red asistencial de hospitales de día y tratamiento ambulatoria domiciliario, pasando en el más breve tiempo de un equipo mínimo a uno de 30 profesionales tiene al menos que cuestionar la profesionalidad indagatoria de ese mismo equipo.

Piénsese en la experiencia comunitaria de Polak y Kirby en el Soutwet Denver Mental Healt Service (Colorado, USA 1976), en el progresivo descenso de las camas psiquiátricas... y se comprobará que el sistema es económico y no precisamente por ser revolucionario (Muñoz 1970 y la referencia de todas las ventajas de la psiquiatría comunitaria. Que no cambia el sistema).

Analizar todas las características que concurren en el equipo del H. de D. nos lleva fundamentalmente a los elementos que hemos considerado en los apartados 0 y 1 de esta III parte. No sólo la ubicación del hospital dentro de la institución psiquiátrica sino también el proceso histórico de su génesis y de sus relaciones con aquélla. Además, se hace necesario concretar distintos aspectos. Por ejemplo, la composición del equipo terapéutico.

Si consideramos los gráficos VI y VII (ver pags. 101 y 102) parece que nos encontramos ante un auténtico equipo interdisciplinar. Sin embargo, hay toda una serie de factores que comprometen la autenticidad de esta interdisciplinariedad. Digamos, en principio, que la necesidad del equipo interdisciplinar surge en salud mental de la complejidad de las tareas de abordaje y tratamiento (por ejemplo, Conferencia de la OMS de Peebles 1973). Carroñe (1977) dice que el equipo interdisciplinar forma un verdadero sistema, como "una totalidad de sujetos interdependientes que explícitamente han decidido permanecer así a lo largo de toda una acción común" En esta totalidad, cada uno de los miembros aporta "su ciencia sus conocimientos, su competencia, su experiencia, su técnica y también su persona". Paumelle (en Racamier 1970), creador de la famosa experiencia del XIII Arrondissement de París, dice sobre este punto que "la personalización de los cuidados médicos hace referencia especialmente al trabajo en equipo, es decir, a la intervención dosificada, concertada, coordinada de los diversos miembros de aquél, pudiendo ser cualquiera de ellos el pivot de la demanda del enfermo"(sobre la posición de observador-participante terapéutico ver Hill 1969 y Caplan 1967).

Pero a partir de estas citas puede establecerse un elenco de rasgos que nos permitirá mejor comprender las características del equipo terapéutico del H. de D.

1. De los subrayados (nuestros) de la cita de Carroñe podemos comprender que un equipo como totalidad implica supremacía de las decisiones de grupo sobre las individuales; interdependencia; eliminación de las decisiones personalistas; respeto a la opinión del otro.

2. La necesidad de multiplicar las identificaciones, con el rol que cada uno ostenta, con el rol de los otros, con el rol del paciente (Carroñe o.c.).

3. La crítica constante por igualar el prestigio social de los distintos roles así como el intento de superar las contradicciones de status socioeconómico.

4. La permanente clarificación de la capacidad de respuesta técnica a la demanda del enfermo; pero, además, la necesidad de delimitar el alcance mismo de esa demanda, de manera que cada miembro sea capaz de establecer su relación con el enfermo en el mismo plano de vinculación que el resto del equipo.

5. Necesidad de una estricta definición de roles dentro del equipo. El médico deja de tener exclusividad de relación privilegiada con el enfermo y, a la vez, todos los restantes miembros del equipo alcanzan una nueva definición de sus relaciones.

6. La no clarificación de las responsabilidades entraña una actitud confusionista y puede ocultar posiciones reivindicativas. Una comunicación sin doble mensajes debe definir perfectamente los roles, las responsabilidades, encarar los problemas de prestigio y asumir las dificultades que plantea tanto el mantenimiento de posiciones privilegiadas como las que proceden de un deseo de promoción.

7. La decisión administrativa impone un jefe, no un líder. Se supone que el líder concita en sí la decisión colectiva.

8. Necesidad de definir los criterios de contratación del personal que formará parte del equipo. Esto implica profesionalidad, capacidad de integración grupal, formación continuada, primacía de los intereses profesionales en las relaciones sobre los puramente personales.

9. En este punto, Carroñe indica lo conveniente de asumir los conflictos y contradicciones del grupo sobre la base de la identificación en los objetivos. El grupo no puede ser nunca un grupo ideal pero tampoco un grupo internista que expulsa sin reconocerlo el conflicto al exterior.

10. Objetivos y roles tienen que estar plenamente identificados y el dirigente tiene que ser aceptado por todos. El equipo debe alcanzar un nivel de integración que sólo puede venir dado por la explicitación más profunda de los acuerdos y desacuerdos.../... Ni que decir tiene que tanto el problema de la constitución de un equipo ideal, de autosuficiencia mesiánica, que ignora y niega sus conflictos y contradicciones, no puede sino quedar en una autocentración patológica que se convierte en patógena respecto a la intervención. Por lo mismo, un grupo incapaz de asumir esos conflictos genera además fuertes mecanismos de defensa que constantemente paranoiza su relación con el exterior, al que remite permanentemente una agresividad no elaborada.

El H. de D. si se atienden a estos rasgos no era propiamente un equipo. Como hemos indicado, existen dos grupos diferenciados y cada uno de estos ofrece una estratificación específica. De una parte, los contratados, entre los que se da una diferenciación jerárquica y de status socioeconómico, con una repercusión de prestigio social verdaderamente marcada. Como de hecho se ve en todas las referencia periodísticas, las relaciones intragrupo e intergrupales y lo mismo vale respecto a los psiquiatrizados. La diferencia de este grupo con respecto al segundo de no contratados eran manifiestas. De cualquier forma que se lo considere el primer grupo tiene una configuración médicojerárquica institucional. Funcionan los paradigmas de prestigio y de autoridad e, independientemente de que opera en el interior de ese grupo el amortiguador que representa la denominación de "terapeutas" para las A.T.S.s contratadas, lo que mejora simbólica e imaginariamente su status interno, existen conflictos con indicadores psicosociológicos. Así, una de las A.T.S.s manifiesta sintomáticamente el "malestar" del grupo, la otra se encuentra en una cierta posición de "agente de confianza". Representa el rol dogmático, comparte los secretos y la novela institucional y se identifica sin ningún signo exterior de duda con la totalidad de la experiencia.

En el grupo no contratado se dan también diferencias de status. Así, por ejemplo, la condición médica de algunos de los asistentes voluntarios supone y representa un rol de "distinción" que, sin comprometerlos a trabajar más que ningún otro, sí les permite no ser distinguidos persecutoriamente por el director. Están, por decirlo así, en un lugar no alcanzable por las críticas de los demás y, de hecho, de acuerdo con el "espíritu de cuerpo", tienen más posibilidades de sortear el control institucional. No quiere decir esto que no hayan tenido conflictos internos y que más de uno no haya tenido que marcharse. Pero su condición de médicos les libraba de las pequeñas y cotidianas miserias. Pero, sigamos adelante.

Si el tema de la decisión de hospitalización recaía absolutamente en el director del H. de D., la admisión de asistentes voluntarios le pertenecía también. El mecanismo era bien simple: o bien se ascendía a algunos "enfermos" -ex, es claro- de particular interés para el director o bien distintos profesionales, individualmente, se le acercaban, le solicitaban ser admitidos y, de acuerdo exclusivamente con criterios privados de aquél, eran o no admitidos. Si lo eran, según sus posibilidades de horario en principio, jornada laboral completa y de acuerdo con el interés del director, eran asociados o responsabilizados de actividades terapéuticas.

Por supuesto, la incorporación era gratuita, con las responsabilidades de trabajo que exigieran las tareas asistenciales cotidianas. El compromiso era verbal y no se diferenciaba, salvo en el salario y en el status, de la de los miembros contratados. Con todo, hay que hacer una salvedad: el personal médico podía o ser residente o voluntario y, en el primer caso, sí tenían remuneración. Por otra parte, en la admisión, el H. de D. y su equipo no adquirían ningún compromiso respecto al admitido voluntario: no existía ninguna formulación en lo tocante al puesto de trabajo y en lo que a formación se refiere se suponía que bastaba con la pura práctica.
De manera que, como puede verse en los gráficos VI y VII, se distinguían tres grupos:

1. Personal contratado fijo.
2. Médicos residentes (en periodo de especialización y remunerados por la institución).
3. Asistentes voluntarios, no contratados y no remunerados.

No se cuenta entre este personal a un número inestable y fluctuante de "observadores": personas que o por el tiempo de permanencia en el H. de D., bien por su preparación o bien por algún tipo

de observación que iban a realizar allí, no entraban a formar parte de la categoría de terapeutas. En términos absolutos, el número de estas personas fue de 7.

Veamos ahora las tablas.

GRÁFICO VI:
COMPOSICIÓN DEL EQUIPO TERAPEUTICO DEL HOSPITAL DE DIA DE LA C.S.P.
(Año 1980-1981)

1980-1981	AGOSTO	NOVIEMBRE	FEBRERO	ABRIL	PERMANECEN EN JULIO
Equipo Inicial (Contratados + asistentes voluntarios)	13	8	6	5	2*
BAJAS		5	2	4	4
INCORPORACIONES			5	2	
COMPOSICIÓN					
CONTRATADOS					
· Médico Adjunto	1	1	1	1	
· A.T.S. psiquiátrico	1	1	1	1	
· A.T.S.	1	1	1	1	1
ASISTENTES VOLUNTARIOS					
· Psicólogos	4	1	4	2	1
· Médicos	2	1	2	1	1
· Aux. Clínica	1	1			
· Estudiantes	1	1			
RESIDENTES MÉDICOS	2	1	2	3	2

% DE LA TOTALIDAD

Personal contratado 15%
Residentes 20%
Asistentes volunt. 65% (de éstos, psicólogos 45%)

* Con la partida del director y un A.T.S. contratado, la Sección nombra un nuevo equipo integrado por 2 médicos contratados; 1 A.T.S.; 1 médico residente y 2 asistentes voluntarios.

GRÁFICO VII:
MOVILIDAD POR GRUPOS DE TERAPEUTAS EN EL H. de D.(1980-81)

PERSONAL CONTRATADO FIJO		PERSONAL CONT. RESIDENTE	ASISTENTES VOLUNTARIOS	
1 Médico Adjunto 1 A.T.S. psiquiátrico Total	6,6% 6,6% **13,3%**	2 médicos residentes Total = 13,2%	7 Psicólogos 1 Médico psiq. 1 Médico 1 Aux. clínica 1 Estudiante psicología Total	46,6% 6,66% 6,66% 6,66% 6,66% **73,3%**
			MOVILIDAD PSICÓLOGOS	
			En relación · equipo total 53,44% (otros prof. 46,66%) · absoluta 88,88%	

Según lo que acabamos de decir, nos encontramos con que es el grupo de asistentes voluntarios el que constituye el núcleo fundamental asistencial; pero, a la vez, el más alejado del poder y de la capacidad de decisión. Como se ve en el gráfico nº VI la partida del director no afecta a la posición del A.T.S. que permanece, sí afecta a su status, como ya se indicará, pero sí a la del grupo de asistentes voluntarios que se verán obligados a dejar la institución. Por lo tanto, su identidad durante este año de trabajo es prácticamente anulada, pues se trata de fuerza de trabajo abstracta que el hospital no reconoce (como, a fin de cuentas, ocurre con el director, cuando deja el H. de D.).

Otro de los rasgos más importantes consiste en la movilidad del "equipo" terapéutico. En 11 meses de funcionamiento la tasa de movilidad es del 75%, tasa que tenía una correspondencia muy exacta con lo que ocurre en otros años. Factor éste de una importancia fundamental, si consideramos que estamos hablando de una CT. Ni el posible esfuerzo de constitución del equipo ni los problemas de la pérdida parecían tener significación alguna. Se afirmaba, para justificar esta movilidad continua, que era mejor para la interacción interna de los "enfermos", que no tenían así ocasión de dependencias transferenciales, posibilitando, por el contrario, la movilidad de las significaciones. Por supuesto no se sabía muy bien qué quería decir esto, comunicacional e interactivamente hablando.

Qué tipo de ambigüedad era el que se vivía se desprende de una nueva consideración sobre esta movilidad. Tanto la perdida como su significación no se analizaban. Nadie era necesario, se podría afirmar. Sin embargo, si se despreciaba el importante factor transferencial, por otra parte se despreciaba el factor específicamente subjetivo de las relaciones con los "enfermos", a la vez que se mantenía una curiosa posición de amenaza. Es decir, por una parte se quitaba significación racional a

toda partida, al mismo tiempo que se aireaba silenciosamente frente a los "enfermos", como si críticas demasiado duras pudieran incidir sobre la decisión de algunos terapeutas de marcharse.

Se expresaba también de esta forma una instrumentalización de la demanda de los "enfermos". Frente a los terapeutas voluntarios de quiénes se esperaba permanentemente una actitud misional el que se marchaba evidenciaba su incapacidad y, más profundamente, una traición hacia la causa. Ante los "enfermos", toda crítica de éstos se paraba, sobre la base de que se les estaba dando más de lo que ellos podían pretender. Pero el argumento oculto no paraba ahí: la centralización de las relaciones en los terapeutas contratados eran como la manifestación de una posibilidad de continuidad. Dada la inestabilidad de los asistentes voluntarios, los "enfermos" no tenían más recurso que aglutinarse en torno a ellos. De otra forma, podían quedarse sin nada, puesto que tanto los residentes y los asistentes dependían totalmentedel progresismo y benevolencia de los primeros, ya que la institución, por su parte, "no concedía nada".

Se alentaba, pues, una cierta demanda, pero se la confundía al insistir en que toda obra deL H. de D. desaparecería, tan pronto como el equipo tuviera que reducirse a sus posibilidades reales. A todo esto, las necesidades no se planteaban a la Sección y se difundía una continua onda de desconfianzas, recelos, suspicacias.

¿Cómo analizar todos estos factores? Y ello sin que nos sea necesario recurrir a una anecdótica que pueda confundir el propósito de nuestra investigación. Pensamos que es necesario que concluyamos este apartado estableciendo la conexión con las categorías analizadas. Para ello comenzaremos por establecer la naturaleza de la organización estudiada.

(I) RESPECTO A LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL.

En realidad, no se ha producido un desplazamiento efectivo en relación al hospital. El hospital permanecía incuestionado y la relación con la comunidad no se había establecido. No existe una diferenciación asistencial (por ejemplo, respecto a la Sección) y no existe ni por asomo un real planteamiento terapéutico. Por lo mismo, no se advierte que se cuestione el sentido médico de la asistencia psiquiátrica. Lo que no se niega es el aspecto privado de la experiencia.

Se ha planteado a veces, como necesidad de contraponer antipsiquiatría y psiquiatría reformista, no sólo la diferencia respecto a una misma afirmación, que ambas van de lo individual a lo colectivo y, por lo tanto, la situación respectiva de plantear la asistencia o desde la enfermedad o desde la salud. La referencia, orgánica o utópica, a la enfermedad parece tenga que considerarse como una complementación de una posición que todavía no ha sido capaz de superar una concepción ahistórica del conflicto. Una posición que, cuestionando o sin cuestionar diferencias asistenciales, no es capaz de comprender qué crítica teórica tenga que hacerse de una medicalización de la enfermedad o la salud mental.

En cualquier caso, es necesario decir que sin esa crítica teórica toda práctica asistencial se convierte en una organización o en un subsistema de la red institucional médica. Lo que implica la imposibilidad teórica de reconocimiento histórico de la salud o enfermedad mental.

Subrayada la necesidad de la crítica teórica, se insiste en la comprensión de tender hacia una asistencia donde lo puramente técnico esté gestionado y controlado por las fuerzas socio-políticas de la comunidad. Negar la ciencia es una pura cuestión reaccionaria. Proclamar la autonomía de la ciencia es o una estupidez o una posición contrarrevolucionaria y, siempre, las dos cosas a la vez.

Que siempre y en momentos de reflujo del movimiento obrero y popular acaso con más intensidad, el funcionamiento de un colectivo de alternativa implica, con posición política reivindicativa, implica la articulación racional de recursos, de organización, técnicas, operativizados en unos objetivos de salud definidos, objetivos que tienen que transformarse, en cuanto sea posible irlos conquistando. Que esos objetivos son terapéuticos, no cabe la menor duda, pero, por ello mismo, son también objetivos políticos, ideológicos y sociales.

A partir del momento en que se comprende lo anterior, la decisión de hospitalización cambia radicalmente de orientación Si la comunidad tiene el derecho de gestionar y controlar su salud, es ella quién tiene que poner en condiciones el derecho a la demanda. Y no se trata ya sólo de que la respuesta a esa demanda se haga por decisión personalizada, sino por el colectivo que asume su función instrumental.

En el H. de D. simbólica e interactivamente no existe un colectivo responsable de la decisión de hospitalización. En las condiciones actuales, eso sólo puede significar que hay un poder de decisión que funciona quizás desde su propia legitimidad, pero eso sí con un poder que no está compartido. Poder, además, que "receta" (y ya sabemos la importancia de este rito interlocutivo) y, por si fuera poco, poder que representa. Esto es, como en toda otra fórmula jerárquica, un /equipo/ médico se hace "responsable" de los problemas psiquiátricos de un sujeto y se compromete a dar una respuesta concreta a esos problemas (Si ponemos "/equipo/" es por las razones concretas de organizado del staff del H. de D.).

En esta decisión de lo único que el enfermo se libra por relación al equipo médico tradicional es de un sistema de exploraciones, historiales, consultas, planes terapéuticos, etc. La hospitalización supone tan sólo someterse a unas actividades que en principio no controla y cuyo sentido se le escapa. Y que se le seguirá escapando durante toda su estancia, porque, en ningún momento, también como en el tratamiento tradicional, será él gestor de su propia terapia.

Es decir, el poder de decisión no tiene contraprestaciones o colectivas (por qué se ingresa y, más previo, si es o no necesario ingresar) o ante el enfermo (no se le demanda responsabilidad significativa, con lo que se pierde lo esencial: toda terapia alternativa es, ante todo, acción, interacción y no simplemente actividad). Por supuesto, este poder de decisión no se le escapa al enfermo que, desde ese momento, está obligado imaginaria y simbólicamente a integrarse en el juego de una doble relación terapéutica: con los terapeutas que tienen poder y con los que no lo tienen.

A partir de ese momento se van a suceder estructuralmente los restantes. Terapéuticamente, la decisión personal que, incluso no necesita de un informe técnico, impedirá una visión verdaderamente total e interdisciplinar del sujeto, su crisis y su proceso. Se elimina una planificación previa, íntegra. Se impide una evaluación objetiva que hace innecesario un nuevo acto personal de decisión, el alta. Impide que el equipo se responsabilice totalmente de su propia actividad. Impide la colaboración

activa y cierra la exigencia de una formación continuada. Impide la coherentización de las distintas técnicas, sus recursos propios, así como una homogeneidad en lo ideológico.

Pero, igualmente, se refuerza la posición central:

1. El papel de médico-psiquiatra se refuerza, puesto que la decisión acentúa las posibilidades de intervención, con la acentuación ideológica del papel del médico que, además de seguir siendo agente de impregnación valorativa, se muestra ahora también como agente de cambio social y político.

2. La decisión con su prolongación en la necesidad de intervención personal potencia el rasgo teórico de supremacía de la Medicina. Quedan en suspenso las intervenciones de CC. históricas y sociales. De hecho toda otra profesionalidad queda cuestionada, desde el momento en que es el informe (?) médico el único necesario para la internación. Psicólogos, A.T.S.s, trabajadores sociales, auxiliares quedan situados en su lugar de subordinación (constante, por otra parte, muy presente en los "antipsiquiatras" como se ve en la negación que de los psicólogos hace Basaglia y como aparece cada vez que un antipsiquiatra puede pedir dotaciones de personal. Caso que también ha realizado González Duro).

3. Corcés (1977), González de Chavez (1977) han expuesto críticas ciertamente valiosas de la psiquiatría comunitaria. Pero la intransigencia contra esta forma asistencial procede con más virulencia de los sectores más encastados (López Pinero 1978). No se puede comprender muy bien que en un foco ultra, como demuestran los últimos conflictos en la C.S.P., se permitiera durante tan largo lapso de tiempo una experiencia de socialización que cuestionaba, según su promotor, toda la asistencia psiquiátrica española. Que hay, además, muchas razones para pensar el H. de D., en su realización concreta como una muestra más en la línea de una importación ideológica que suprime, en su aplicación, una identidad cultural y de clase. Sin que esto suponga la pérdida de identidad médica (y de amortiguación social) para su promotor.

4. En la práctica europea y americana y, por supuesto, en la española, nada existe que haga pensar en que la psiquiatría comunitaria pierda su orientación clásica: la figura teórico-técnica, ideológico-estructural del médico. En el H. de D., el director y médico adjunto retiene lo esencial del poder, hasta convertirse en la figura prepotente que resume el proyecto y lo determina, sin obligación de formularlo en ningún momento. Su empeño, por otra parte, en mantener marginado el espacio comunitario lleva directamente a una formulación psiquiátrica del conflicto (ver Redlich y Freedman 1966). Por otra parte, hay una visión omnipotente que se expresa como ilusoriedad del espacio terapéutico que pierde todo contexto efectivo con el espacio real donde finalmente el enfermo tendrá que insertar su acción.

5. No es consecuente en la adopción del nuevo método, puesto que deja de lado todo el soporte conceptual que sostiene y operativiza al método. Hay una pérdida estricta de identidad terapéutica, pues ni se propone como auténtico agente social de cambio ni se desprende de la orla chamanista que impone constantemente una dependencia institucional en los "enfermos". Del cambio hace un objeto que está a medio camino entre una ilusión grupal siempre renovada -aunque también siempre amenazada- y una determinación no contrainstitucional sino

marginalista.

6. A las dificultades objetivas en el funcionamiento de un equipo interdisciplinar aquí se añaden, con sobredeterminación, las dificultades de un equipo en continua movilidad y conformación. La existencia de diferencias de status socioeconómico, de inseguridad to-tal para la mayoría del equipo y la poca consistencia en duración histórica de éste, imprimen caracteres de contradicción que sólo pueden ser amortiguados por la continua negación del equipo y su neutralización internoexterna. Estas contradicciones tienen un efecto castrador, pues si, por una parte, impiden la apertura y desocultación del conflicto interno, por otra, suprimen toda otra posibilidad de alternativa, tanto interna como externa.

7. Se pierde toda posibilidad de eficacia: los objetivos son amplios y están absolutamente indeterminados. No existen y no pueden darse responsabilidades concretas de carácter funcional, con lo que toda crítica se agota en circulares e internistas oposiciones ad hominem. La personalización total del proyecto cierra las vías del ejercicio crítico, suspende toda capacidad de iniciativa y resolución del resto de los miembros del equipo y los supedita a una inercia de dependencias, secretos, vinculaciones que, por principio, contradice la presunta naturaleza comunitaria de la organización.

8. No puede darse, en consecuencia, una homogeneización racional en las actuaciones. Esto es, no existe el marco que permita unificar, hacer comparables, trasmisibles y operativizables diagnósticos, pronósticos, estrategias comunes de abordaje y tratamiento de la crisis del enfermo. Así, se favorece la posibilidad de reforma institucional, ya que frente a un no saber espontaneísta se erige con toda su fuerza la pretensión de un saber que, aunque sea falso, no podemos denunciar. Si sobre los terapeutas esta incomunicabilidad cognitiva se trasmite como formulación “antipsiquiátrica”, como irracional oposición a toda técnica, a todo saber, en los enfermos induce tanto un nihilismo sociosimbólico indudable como un hospitalismo de nuevo cuño que cronificará sus recursos, atándolos imaginaria y ritualmente a la institución (de hecho, el H. de D. realiza, en los momentos más conflictivos , “paradas” de castigo: se remite a los “enfermos” a sus exclusivas posibilidades, quedando el equipo a la expectativa, hasta que los primeros tienen que denunciar su propia impotencia y solicitar que los terapeutas de nuevo los conduzcan). No existe, pues, una alternativa teórica lo que tiene sus consecuencias en los puntos ya criticados por Jervis (1978 y en el Reseau 1977): pesimismo que, conjugado con un abandono del activismo, lleva a los terapeutas más lúcidos a la neutralización práctica de alternativa. Es decir, la gente acaba agotándose y, por reacción busca en otros marcos la explicación y la fundación que no ha podido encontrar en la posición antipsiquiátrica.

9. Por lo tanto, la decisión de hospitalización y su incomunicabilidad alcanza su circularidad (tema de las redes comunicacionales y la complementación en las relaciones desiguales) de asimetría en la decisión del alta. A quién dar de alta y por qué, cuándo se ha alimentado una posición de dependencia respecto al espacio, no puede tener más racionalidad y más democracia que la que transparenta el momento inicial. Cuando no se da el reciclaje de “enfermos” en terapeutas (se supone que este reciclaje hace al enfermo hasta entonces “ex-enfermo”) o el enfermo va y viene periódicamente, agotada su confianza terapéutica, pero sin alternativa real o se produce el accidente o se realiza toda una sistemática del acting out que permite echar al enfermo (por

quebrantamiento de las normas básicas), para volverlo a reingresar periódicamente, cuando no ocurre nada de esto, repetimos, el alta se convierte en una práctica que no existe. Búsquese en los archivos del H. de D. y encontraremos un material que no sirve absolutamente para nada. No se tiene constancia de la trayectoria terapéutica de cada enfermo, no existe el acta del alta, no existen indicadores sobre lo que se supone son los criterios de salud, rehabilitación, inserción activa del sujeto en su comunidad. Qué validez terapéutica tenga la comunidad no se sabe. Qué la hace necesaria es un oscuro supuesto que le corresponde en propiedad absoluta a su director (de ahí que, cuando considere acabada la experiencia, tenga también el poder de su liquidación, sin otra responsabilidad colectiva).Asimismo, no existen índices de prevalencia o incidencia de factores de desorganización, no existe la más mínima previsión epidemiológica que pueda realmente convertir al H. de D. en una alternativa capaz de orientar ya la re-forma ya la transformación. Por supuesto, se dirá que es precisamente la ausencia de estos factores lo que caracteriza a la posición antipsiquiátrica. Sin embargo, esta argumentación es falsa y así se demuestra por reducción a la práctica, puesto que si es así, entonces, ¿para qué terapeutizar? Al contrario, pensamos que ahí radica uno de los fundamentos de toda alternativa: el modelo teórico que cumpla con las condiciones siguientes:

a) que plantee en las condiciones históricas actuales el problema de la salud, como propuesta no sólo teórica sino también política;
b) que establezca tanto lo que tengamos que aceptar como conflicto y crisis como lo que deba entenderse por salud, con expresión concreta del referente que se aborda;
c) que suponga una formulación que pueda articularse en los paradigmas de antropología, historia...;
d) que permita el acceso a la comprensión de los determinantes sociales, políticos y culturales de una personalidad histórica;
e) que permita objetivizar científicamente las prácticas de intervención .../...

10. A la vez, es claro que el funcionamiento de un sistema comunitario no puede improvisarse, necesita de un equipo estable, cualificado en el trabajo comunitario, con una clara delimitación y comprensión de los objetivos, con posibilidad real de reflexión y formación continuada (incluso OMS Conferencia de Peebles 1972). Y esto supone una comprensión esencial de qué se quiere hacer, de qué relaciones concretas se quieren establecer, de cómo se van afrontar las contradicciones internas, de hasta dónde es posible asimilar el cambio los propios terapeutas, incluso en el aspecto que indicaba Sivadon de asumir la necesidad de la propia "rehabilitación" del personal comprometido. O se hace lo de Tosquelles en Saint-Alban y se toma conjuntamente con los psiquiatrizados la piqueta y se derriban los muros o se plantea con rigor asumir la ruptura respecto de todo lo que teórica y prácticamente representa de vigencia el anciénne régime médico, asilar e institucional. Todo esto va a suponer su traslación a la estructura organizativa, de manera que los componentes materiales exhiban esa concepción teórico-práctica. Es decir, de esa manera, la organización funcional no es otra cosa que la manifestación operativizada del proyecto alternativo de partida. Desde aquí, ya es posible comprender el proyecto asistencial despojado de toda rutina tecnificada. Que implica no simplemente el conocimiento de unas técnicas, sino un compromiso efectuado materialmente que produce un efecto liberador. Y ello no sólo en el programa explícito y propagandístico, sino, lo que es más importante, en la misma práctica que llega así a proponerse tanto en funciones productivas como en los efectos reproductivos ampliados. Supone un cambio en la comprensión de la enfermedad, pero

también una distinta práctica de intervención así como una distinta propuesta ideológica. Nada de esto encontramos en el H. de D. Falta la formulación-práctica de un proyecto alternativo y falta práctica de ruptura, ideología de recambio, formación continuada, corresponsabilidad colectiva, etc. La institucionalización del director de la experiencia, su poder decisorio, la ausencia de criterios de por qué hospitalizar, de hasta cuándo hospitalizar, su incapacidad para proponer una alternativa organizada cognitiva e ideológicamente, su permanente combate por una negación laboral de la intervención productiva del equipo, su ausencia de criterios respecto de la enfermedad y la salud, su renuncia a comprender críticamente la cultura que impulsaba, muestra la naturaleza profunda de las relaciones que definen la organización que por cerca de 8 años ha pasado en Madrid por ser una típica muestra de alternativa al cambio asistencial.

(II) RESPECTO AL EQUIPO TERAPÉUTICO.

Recherches 17 (1975) definía así la CT.: "estructura interaccional que soporta e integra los grupos donde el sujeto desarrolla y realiza su vida, implicando un sistema de valores y un proyecto colectivo comunes, que dan lugar a un sentimiento de pertenencia que favorece su cohesión" Con lo que llevamos dicho y con el relieve que nos presta la consideración de la movilidad en el H. de D., nos encontramos con que es verdaderamente muy difícil hablar allí de comunidad. No hay integración de grupos, no existe una comprensión colectiva de los valores a realizar, no existe un proyecto colectivo que pueda ser soportado y gestionado por la misma colectividad.

En lo que atañe, por ejemplo, al objetivo de salud mental no dispone el H. de D. de objetivos mínimamente coherentes. Desarrolla una multiplicidad de tareas, pero no existe un eje unificador. Por si esto fuera poco confuso, no se aceptan ni las exigencias de un medio específicoeconómico, político, social, cultural ni la referencia a un sistema de valores propios ni a una definición objetiva del sistema ni a la articulación de prácticas que demanda el combate contra la locura y sus diversos planos de manifestación.

Así, aunque estamos aludiendo fundamentalmente a una bibliografía reformista, no encontramos antecedentes que nos permita leer en cualquier clave, pero "leer", la experiencia del H. de D. No hay posibilidad de evaluación comparativa (por ejemplo, M.-Brewster Smith en Wechler, Solomon y Kramer 1970) y tampoco la hay de las áreas abarcadas (Pacheco e Silva 1961, Sivadon 1961, Soddy y Ahrenfeldt 1965 y el texto de la Federación Mundial para la Salud Mental 1962). Ya sea desde el punto de vista de revisión (Oahoda 1958), ya del de la adaptación (Menninger o Preston) ya desde una consideración más o menos socialista (Berman 1970), no encontramos nunca en el director del H. de D. un propósito que nos ayude a hacernos una idea del concepto de salud que le sirva de orientador.

Con esas premisas, no cabe admirarse de los problemas que se suscitan en el interior del equipo terapéutico. La movilidad tan alta señala indudablemente que el grueso del equipo esté realizado por el grupo I, grupo institucional. Esa misma variabilidad señala que el equipo terapéutico es en realidad un colectivo de precipitación, donde no cabe interdisciplinariedad técnica, pero donde tampoco cabe una unificación de objetivos y, mucho menos, una homogeneización ideológica, técnica o política (como no sea por generación espontánea). Pero ordenemos los rasgos.

1. No existe ningún elemento que permita comprender al conjunto de terapeutas del H. de D. como una totalidad interdependiente y que comparta las decisiones. De Agosto de 1980 a julio de 1981 el equipo inicial va perdiendo componentes, aunque, al mismo tiempo, se producen incorporaciones que son integradas con el mismo status de terapeutas que los miembros del equipo inicial, no obstante que muchas de estas incorporaciones lo sean para un tiempo de compromiso muy corto. Como se ha visto del análisis de la decisión, no existen otras decisiones que las personalistas. Como se verá, además, no existe respeto para las opiniones distintas al jefe del staff.

2. No se produce una dinámica en la corriente de identificaciones, porque existe una estratificación evidente (hasta 3 grupos) y porque se fomenta una clase de relaciones de competencia, donde todos se someten al poder dirigente. Hay, sí, una identificación abstracta respecto de la posición de "terapeuta" y con la identidad "antipsiquiátrica" proclamada. En relación a los "enfermos", no existe esa identificación de clase que puede permitir una posición crítica con el modelo teórico y la intervención técnica, por lo que estas relaciones adolecen de posiciones paternalistas o autoritarias.

3. Los adherentes sociales e ideológicos de status y prestigio que conlleva la individualidad de cada uno de los terapeutas se mantienen, a la vez que se impide la Desocultación de las diferencias internas. Relaciones diferenciadas del grupo I en relación al grupo II (Residentes) y al grupo III (Asistentes voluntarios). Del grupo II con el grupo III. Existen evidentes distinciones en el status socioeconómico entre los grupos I y II en relación a III, así como un rasgo diferencial institucional que identifica a los dos primeros y niega al III. En éste, por otra parte, existen diferenciadores, uno de los cuales nos interesa resaltar especialmente, como es el componente psicología en las titulaciones. Diferenciador que tiene sus contenidos en parte como consecuencia de las características políticas de la enseñanza, pero que, en parte, evidencia la existencia de una concepción subordinada de la Psicología a la Medicina, con todas las implicaciones correspondientes, tanto en el orden teóricotécnico como en el del poder. A la vez, la unificación ideológica (=todos son "terapeutas") no consigue eliminar las diferencias de formación imaginariamente sostenidas, potenciando en lo que se podría llamar "nivel mínimo de Formación" corrientes nihilistas formativas y un mayor grado, en consecuencia, de dependencia personal respecto del núcleo de poder.

4. Hay, de fondo, una incapacidad técnica y sus consecuentes inseguridades que se manifiestan al plano de una imposibilidad de responder a la demanda efectiva. Nos encontramos, por ejemplo, con el caso de un terapeuta médico que, cada vez que se le plantea por parte del enfermo la exigencia de clarificar lo que está ocurriendo o lo que se le está pidiendo, responde desde la posición asumida de autoritarismo clínico: como si dijera, las explicaciones me pertenecen y el que lo quiera, bien, si no el H. de D. tiene las puertas abiertas para entrar o salir". Distintos accidentes se producen en su grupo y con sus pacientes: ninguna reflexión, como si los accidentes pertenecieran al registro de los acontecimientos asignificativos... Este mismo rasgo se manifiesta al plano de las relaciones, donde la falta de clarificación técnica produce un flujo libidinal que permanentemente desdibuja los límites entre lo simbólico y lo imaginario. No hay métodos, no existe estudio común, no se da un control de supervisión, no se centra el nivel específico de la demanda. Pintorescas concepciones en "psicopintura" (?),

psicodrama o relajación muestran muy bien cómo la respuesta terapéutica queda siempre en un plano de indefinición, fomentando vinculaciones que responden de ninguna manera a los objetivos asistenciales o rehabilitadores de la institución.

5. Áreas estrictas de competencia y responsabilidad no las posee ningún terapeuta, salvo si por esto se entiende llevar o dirigir un grupo o tratamientos individuales, pues incluso aquí se da un reparto que sólo tiene que ver con criterios de disponibilidad y cantidad. Desde el momento en que es el director el que determina la hospitalización y en el momento en que no se da una estrategia de intervención personalizada, nos encontramos con que lo que se hace es degradar aún más el tipo de relación clásica. No existen roles criticados en el H. de D. Por supuesto, su director decide la hospitalización, dirige los psicodramas y las relajaciones, actividades todas ellas en las que se resume lo esencial de la acción comunitaria.

6. Desde ese punto de vista, toda otra actividad tiene que tener la consideración de "menor". Evidentemente, la indefinición de responsabilidades frena y anula cualquier planteamiento reivindicativo. Nadie es necesario en el equipo fuera del núcleo dirigente y, sin embargo, el hospital se quedaría colapsado sin asistentes voluntarios. A la vez, esta indefinición provoca la eliminación de todo rasgo de crítica sobre la propia eficacia profesional. Sin embargo, se trata de una falsa conciencia que nuclea nuevas y más profundas dependencias respecto del propio director. Falsa conciencia que tiene un momento de exposición pública, cuando, en la semana de Salud, el equipo se ve obligado a hacer una exposición totalmente falsa de lo que se está haciendo en el H. de D. Exposición que marca uno de los momentos de visibilidad de la crisis interna.

7. Lo fundamental, desde el carácter de desviación privatizada que hemos analizado, es comprender no sólo que hay una decisión administrativa en la designación del director, sino también comprender que éste lucha por conservar el carácter autonista y privado de su departamento. Y que, por lo tanto, no se trata tanto de un liderazgo como de una directividad que produce sin intentar nunca contrastar su legitimidad de origen. Si se comprende bien este punto de nuestro trabajo tiene que decirse que el director del H. de D. realiza una tarea de gestión en la que operativiza una fuerza de trabajo no pagada y en beneficio exclusivo de su propia carrera de ascenso en prestigio personal. En un momento determinado, el H. de D. sirve para silenciar una determinada oposición; en otros momentos, sirve para mantener una situación de equilibrio entre fuerzas internas que se combaten entre sí. Pero al director no se le ha cuestionado en ningún momento su toma de posición. Ni cuestiona verdaderamente lo existente ni ayuda a clarificar una demanda social. Si se hubiera tenido que decidir por una salida de la institución hubiera quebrado en un punto esencial su cobertura ideológica. De manera que lo que hace es capitalizar unos recursos que no se reconocen en ningún momento, pero que le son válidos para mantener su posición. De manera que no es posible hablar de liderazgo como tampoco es posible hablar de decisión colectiva.

8. Tiene que faltar todo este punto, lo que conlleva que predominen factores personales sobre los estrictamente profesionales en las relaciones internas. El H. de D. funciona igual con un equipo estable que con un equipo de aluvión. Y de nuevo se refuerza nuestra tesis con dos nuevas consideraciones: cuando González Duro asume la dirección del Psiquiátrico de Jaén

no promueve la transformación en el equipo de terapeutas ni siquiera es capaz de convocar provisiones de plazas de psicólogos (habiendo sido éstos una de las fuentes más efectivas en proporciónale fuerza de trabajo gratuita). A la vez, la Sección se hace cargo del H. de D. y lo dota por derivación con un equipo mínimo que pone de manifiesto que la Administración anteriormente no actuaba por simples razones de negación del "servicio asistencial" del H. de D. Que la nueva dirección tiene un currículum de definición asistencial no inferior o distinto al que presenta González Duro es algo plenamente evidente. Con lo que no queda más remedio que plantearse qué razones justifican en él la negación de las necesidades laborales que necesariamente el H. de D. planteaba.

9. Desde la ocultación y el confusionismo, pues, no es posible recoger o plantearse los conflictos y las contradicciones. La ideologización extrema no basta para asegurar una identificación en los objetivos, aunque lo que esto pone de manifiesto es que entre los tres grupos hay diferencias de intereses verdaderamente profundas; así el colectivo se recubre del manto de su propio apartamiento y marginalización. No puede cubrir su diferencia sino con un cierre estricto, porque, de otra manera, entrarían elementos que cuestionarían inmediatamente la identidad idealizada adscrita. El idealismo grupal, sin embargo, no soporta la prueba de su movilidad ni de la apertura. Se genera un sistema de defensas que el grupo I se encarga permanentemente de promover y disponer, esencialmente frente a la Sección y el Servicio a los que no deja de presentar como los grandes peligros. Al exterior no plantea otra relación que la distorsionada que se da como imagen tópica que se difunde por los medios de comunicación; pero sin que se vea obligada a hacer salidas que fuercen a una contrastación o que obliguen a hacer exhibición de los títulos que legitimen las pretensiones y la significación que el H. de D. se arroga. Como efectos, el conflicto se deposita constantemente en el exterior; sin embargo, el residuo no puede adoptar otra forma que la que se puede asumir como "regresión psicológica". Esta es la táctica más frecuente de descalificación que utiliza el director del H. de D., remisión de todas las oposiciones a cuestiones psicológicas, con lo que el colectivo va sacando fuerzas compensatorias que le permiten subsistir, aunque cada vez con mayores dificultades. Por supuesto, también aquí se manifiesta una paradoja y es que el H. de D. puede ir subsistiendo en la medida en que se renueva puesto que si el equipo se mantuviera estable efectivamente la contradicción existente habría estallado en toda su virulencia. Como contrapartida, el conflicto necesariamente se manifiesta al nivel mismo de las contradicciones terapéuticas.

10. Según este punto, el H. de D. no puede tener ninguna eficacia alternativa, pues no sólo están permanentemente confundidos los roles, sino que no existe ninguna explicitación respecto a los acuerdos o desacuerdos. Se remiten los problemas reales y, en su lugar, permanentemente se hace remisión de todas las identificaciones al yo ideal grupal, al carácter mesiánico que se adopta, de agentes que tienen en sus manos "la transformación de la totalidad de la asistencia psiquiátrica española".

Es decir, la única conclusión válida es que no existe un equipo capaz de ofrecer un ejemplo de abordaje y tratamiento ínter- disciplinar de la enfermedad mental. Que el dominante médico sigue siendo el fundamental. Y que el componente antipsiquiátrico no es sino un factor que genera confusión y ocultación. Que la extrema movilidad es económica para el centro; pero, más pro fundamente, para mantener el estatuto privado de la institución como proyecto personal que refuerza la misma

concepción médica-tradicional de la asistencia pública.

a1) La cohesión metodológica y epistemológica.
Política e ideologías.
Nivel de discusión y crítica.
Participación, discusión y supervisión.

Como se ha visto, con alcance europeo se pretende, desde el interior de las instituciones, una dinámica de modernización terapéutica y, consecuentemente, se permite una formalización democrática de las relaciones. En la C.S.P. de Madrid estas tendencias son expresadas contradictoriamente por la Sección Psiquiátrica extrahospitalaria y por el H. de D. En uno y otro espacio, a pesar de que a título personal se pudieran encontrar afiliados a organizaciones políticas democráticas, la orientación se presenta como despolitizada. En el H. de D. se afirmaba una cierta ideología de izquierdas, aunque, en la práctica, esa ideología no asumía jamás una explicitación. Como manifestación de esta ambigüedad, en una Asamblea se llega a decir que "la ideología que allí existía era ideología técnica" (?) lo que tuvo como efecto incrementar la confusión.

Qué significará esa extraña proclama no se sabe (especialmente cuando se insistía sobre la pertenencia a la línea antipsiquiátrica inaugurada por Basaglia). Lo que se puede saber es que no se correspondía con esa ideología de la diferencia a la que nos hemos referido en el epígrafe I de este texto, y que lo que allí se reproducía era constantemente las formas principales de las relaciones socialmente dominantes.

Si se atiende a lo exterior, en el H. de D. coexistían, en la más perfecta armonía, posiciones liberales, progresistas, maoístas desencantadas, feministas, machistas, conservadoras, reformistas... De manera que se producía una contradicción entre lo que sostenían y lo que afirmaban seguir (un principio esencial del equipo de Basaglia afirmaba "dotar de identidad política e ideológica propia al espacio de CT."). Por supuesto, una tal inconsistencia identificatoria no dejaba de tener sus efectos reproductores respecto de la ideología e institución dominantes.

Situación de confusión extrema que afectaba especialmente a los "enfermos" y a todos aquellos terapeutas con menor experiencia institucional, profesional. La tendencia impregnatoria de las apariencias, su naturalidad, su espontaneidad, el activismo jugaban a favor de potenciar una credibilidad que continuamente se vela contradicha por los rasgos estructurales de la situación. Como, por otra parte, las discusiones se zanjaban con acusaciones psicologistas, el conflicto tenía que convertir- se en una espiral sin solución de continuidad. Faltaba el análisis político que hubiera puesto de manifiesto la diversidad de líneas si no enfrentadas, sí existentes.

Seymour Parker (1958) demostró la importancia del líder del grupo psiquiátrico en posibilitar o impedir una lectura de los hechos internos de impugnación y su significación. Efectivamente, aquí es el director del H. de D. y sus colaboradores (una por activa y otra por pasiva)los que impiden continuamente esta lectura. Y su oposición y obstrucción no sólo favorecía esta dimensión de incoherencia política e ideológica, sino que, naturalmente, se extiende al plano psicopatológico y al técnico.

En apartados anteriores, se han visto las razones de esta falta de discusión. Supuestos teóricos, la definición de salud, la conveniencia y características de una C.T., los problemas de la concreción a los condicionantes sociopolíticos de la sociedad española, los problemas centrales de las técnicas, las características de la población madrileña enferma... se considera que "en algún momento" se definieron y que, en todo caso, son los "custodios" del fuego sagrado los que lo conservan en su memoria mítica y ritual. El "saber" lo conservaba el director del grupo y los demás por "contacto" y, esencialmente, por fe ya tendrían ocasión de compartirlo. Por supuesto, sin discusión y, fundamentalmente, sin atender a la más mínima práctica de formación.

Son incontables en este punto las anécdotas. Cuando, ocasionalmente, a algún "osado" o "ingenuo" se le ocurría preguntar qué ocurría con la falta de criterios o la ausencia de prácticas de formación, la respuesta no ofrecía duda alguna:"¿Qué piensas, qué estás en un colegio?" El grupo I se quedaba verdaderamente sorprendido de que una minoría necesitara, además, un debate teórico y técnico a fondo. De manera que, en todo momento, existe una decidida voluntad de ignorar las necesidades de confrontación, de apertura, de discusión. Cada terapeuta podía intervenir como lo creyera más oportuno, siempre y cuando no se discutiera ni a la autoridad ni a los supuestos (ignorados) de existencia del H. de D. Que cada vez con más intensidad se difundiera una ola de dificultad con graves repercusiones terapéuticas, de manera que de día en día se pusiera más de manifiesto la exigencia de homogeneización, no obstaba a la voluntad suicida de que allí no ocurría nada y que el H. de D. había que mantenerlo por encima de todo.

Un factor que no se tocaba tampoco y que tenía su importancia era el que afectaba a la propia trayectoria profesional del director. En efecto, si con todos los demás psiquiatras españoles él compartía la condición de haber todos ellos sido mal formados por López Ibor, en el caso del director del H. de D. se añadía el hecho de haber trabajado como ayudante en la clínica privada del "patriarca". Cómo se habla producido el cambio de orientación teórico-política habría sido un elemento importante para prefigurar una opción ante los nuevos terapeutas.

En el año que duró nuestra investigación no hubo ningún trabajo de estudio o elaboración colectivos. Hemos dicho supra que existía el proyecto por parte del director de realizar un trabajo sobre el H. de D. Por acuerdo personal, decidió incorporar a alguno de los asistentes voluntarios más incondicionales, así como realizar las entrevistas con los "enfermos" que mostraban una mayor dependencia institucional. Si mencionamos el caso es porque necesitamos ofrecer una muestra más de como se fomentaba la inducción en lo que atañía a la información sobre su obra

En efecto, si se repara en que uno de los asistentes voluntarios asociados al trabajo era un estudiante (al que la nominación de "terapeuta" le hacia objeto del intercambio imaginario de prestigio, como hemos visto) y los entrevistados "enfermos" que llevaban varios años en la constelación de dependencia hospitalaria, se comprenderá qué cerca estaba este "estudio" de los retratos de los 20 informantes con los que el antropólogo Casagrande lleva a cabo su estudio (1960). Es decir, personas que estaban dispuestas absolutamente a un papel de complicidad en el que ellos mismos quedaban reducidos a su negación institucionalizada. Esto plantea tanto el hecho de una relación de poder que "mancha las manos" del subordinado cómplice, como el del "enfermo" dócil y obediente que muestra todos los estigmas de su cronificación hospitalaria. Este episodio muestra por su carácter ejemplar una síntesis de los "escrúpulos" metodológicos e ideológicos con los que se planteaba la alternativa.

No queremos que se nos malinterprete: nuestro trabajo no hemos querido plantearlo sin una revisión profunda de sus marcos referenciales. Pero eso indica qué sentido damos a la crítica: no es posible una transformación asistencial sin una revisión profunda de un modelo con más de dos siglos de vigencia y profundamente instalado en el poder; no es posible una alternativa sin cuestionar el tradicional quehacer psiq9uiátrico; no es posible una reforma asistencial sin cuestionar el actual aparato sanitario; no es posible una práctica alternativa sin un posicionamiento conceptual; no es posible un trabajo colectivo sin un proyecto de equipo, sin una planificación de objetivos, sin una distribución del poder; no es posible la oposición política e ideológica sin compromiso social; no es posible una C.T. sin una práctica esclarecedora, resuelta a cuestionar toda ocultación; no es posible conocer sin formación crítica. Y ésas eran nuestras bases de partida.

I. La formación.

Si se atiende tanto a las indicaciones de los reformistas como de toda otra propuesta alternativa, nos encontramos siempre (especialmente, cuando desde el mismo campo antipsiquiátrico se ha planteado la necesidad de desterrar el espontaneísmo y activismo) con una necesidad: fundamentar la intervención. En el H. de D. no existe ningún planteamiento en este sentido. Ninguna de las actividades tenía una formulación técnica, más allá de la imagen que cada uno quisiera o pudiera hacerse. Siempre que se mantuvieran en su "sitio", podían darse las más contrapuestas posiciones, sin que ello tuviera que preocupar a nadie. No se daba "asesoramiento " a los terapeutas menos experimentados y si se planteaba alguna cuestión no era obligado responder, por parte de los teóricos encargados.

Se han indicado los métodos de "selección" y se ha dicho que la distribución de trabajo, no exactamente de responsabilidades, salvo en su sentido negativo, se hacía de acuerdo con las posibilidades de tiempo de cada terapeuta. No se valoraba la experiencia de cada uno, sino la confianza que pudieran suscitar en el director. Por lo mismo, las explicaciones que se pudieran dar solo tenían la condición de gestos de apoyo o de complicidad, nunca de responsabi1ización teórica. De manera que se carecía de un modelo conceptual que pudiera guiar a la práctica. Se invierte así, de nuevo, la orientación alternativa, para venir a caer en un practicismo positivista que todos podemos nombrar, sin posibilidad de equivocarnos.

Por supuesto, y volvemos a insistir en ello, no es posible pensar una alternativa que no posea identidad política y social pero esa identidad, que es una cuestión de adopción de un punto de vista de clase, sólo es posible si se dan las condiciones de "pensar" la práctica. A la vez, sólo puede hablarse de C.T. Si la totalidad del colectivo, terapeutas y "enfermos", son, a su vez, sujetos activos y responsables de la misma mediación técnica.

También en este punto se producen las contradicciones inter-grupos: el grupo II (de los residentes), a pesar de estar en el H. de D., tenían en la Sección su propio programa de formación, seminarios, reuniones de discusión. Esto unido a las guardias que tenían que hacer les permitía mantener una cierta ambigua vinculación con el H. de D.

En relación a los psicólogos se producía también otra diferenciación: con el pretexto de la falta de formación práctica de estos profesionales, se los incorpora al trabajo más silencioso durante amplios periodos de tiempo y sin ninguna posibilidad de incorporarlos de facto a un puesto laboral. En buena medida se puede decir que los psicólogos han sido la columna de sostén de la institución; pero esto no se

refleja ni en la vieja ni en la nueva plantilla (ya se ha dejado dicho que con el paso de González Duro a Jaén tampoco se va a reconocer la identidad profesional del psicólogo, pues no se hace la petición de plazas).

En todo esto, el "enfermo" es un agente pasivo: no puede reivindicar una asistencia pública más digna. El concepto de "beneficencia" sigue planeando, con lo que la existencia de los asistentes voluntarios no hace más que reforzar ese concepto. La institución se refugia en su silencio; el director puede demostrar su filantropía, pues, en resumen, es gracias a él que se puede mantener una asistencia más digna. En tanto los asistentes voluntarios permanecen en la negación.

Los psicólogos refuerzan la posición del H. de D. en varios sentidos. Por subordinación, siguen sin comprender las relaciones reales entre Medicina y Psicología, en la práctica psiquiátrica Prestándose al falso juego de esta práctica antipsiquiátrica (?) refuerzan la posición biológica del modelo teórico, en la misma medida en que de facto admiten el paradigma médico. No van más allá de la propia formación tradicional. Se podría decir que "no asimilan" lo que puede entrañar de alternativa teórica una fundamentación psico(pato)lógica de la intervención asistencial. El mismo silencio que aceptan para su trabajo, el no reconocimiento crítico de su aportación a la obra del H. de D. refuerza esa subordinación, primero, esa negación después. Es decir, el primer desconocimiento con respecto a su trabajo se produce de parte de ellos mismos.

En segundo lugar y como se ve las paradojas están permanentemente a la orden del día en este espacio contradictorio los psicólogos, con todo y la consideración negativa de su formación, sostienen un cierto prestigio de la imagen misma del H. de D. En efecto, después de todo, se trata de titulados superiores que, en cierta medida, le "lavan la cara" al aire silvestre que la experiencia posee entre los medios profesionales. Se diga como se quiera, "justifica" algo más un núcleo de psicólogos-terapeutas que otra serie de personas sin justificación académica alguna (por ejemplo, un auxiliar, estudiantes, amas de casa o jóvenes psiquiatrizados).

El problema de fondo, pues, sigue existiendo: psiquiatrización estricta y medicalización organizativa. El médico, con un status de prestigio social más elevado, no deja de estudiar y de perseguir la formación. El psicólogo se incluye en un circuito que refuerza su subordinación y que contribuye finalmente a negarlo teóricamente de la intervención sobre el área psico(pato)lógico de la conducta.

Se da una sobreexplotación que los aliena más y más, porque si bien reconocemos que la condición de asistente voluntario (o aprendiz en periodo de prueba) se da en otros lugares, al menos en éstos y teóricamente su precio es su observación y su formación. No descansa sobre él el peso de la asistencia, no se le pone en una situación de desclasado, como ocurre en el H. de D.

Nosotros diríamos que, incluso, la propia práctica se vuelve contra el profesional. Sin teorización, sin reflexión, sin discusión la práctica es vacía, confunde los pocos conceptos estables. Se diluye la articulación sociedad / subjetividad, se aplanan las diferencias, se impone una subcultura residual, importada, consumista, alienante. Se llega a un sociologismo vulgar funcionalista, deshistorizado. Pero, además, se confiere un poder superior a los que se supone que saben, que conocen.

El eclecticismo más chato lo va a dominar todo. Hay un revuelto donde todo es posible, porque nada se cuestiona. Y todo ello se va a volver contra los propios "enfermos" como tendremos ocasión de ver.

II. La eficacia práctica.

No pensamos estar exponiendo una concepción tecnocrática. Exponemos una situación y sus contradicciones y lo hacemos de acuerdo a lo que consideramos los aspectos más sólidamente establecidos en este campo. Por ello tenemos que ver el reverso de lo que indicamos. Es decir, hay que preguntarse si esta carencia de base puede hacer eficaz al sistema, eficaz desde luego en una posición de alternativa, porque eficaz en términos capitalistas ya hemos visto que sí. El índice fundamental lo dan los usuarios , por supuesto, pero en este apartado estamos considerando la estructura organizativa.

Desde el punto de vista de las alternativas, el carácter médicopsiquiátrico, como se viene indicando, hasta aquí comporta exclusivamente una realización de reforma. Como hemos demostrado el carácter institucional y médico-psiquiátrico del H. de D., nos limitamos a considerar los rasgos que permiten hablar de esa reforma.

1. Supuesto que se atiende a las características sociopolíticas, económico-culturales de las formaciones sociales concretas, se supone que toda alternativa se desarrolla en dos direcciones:

a) modelo conceptual que desplaza la concepción físicoorganicista de la enfermedad;

b) modelo asistencial que representa una política sanitaria integral, estructurada sobre las efectivas necesidades de la población y con un sentido activador de la demanda.

Lo que comporta, a su vez, que el sistema de salud sirve a los intereses colectivos de la población y que hay una integración de los distintos sistemas de asistencia en función de esas necesidades democráticamente recogidas y formuladas por medio de un desarrollo de la acción política y sindical. A su vez, el modelo puede comportar unos recursos de control que serán función directa de la capacidad popular de protagonismo político.

2. En la reforma (por lo menos en las que nosotros conocemos, y se puede estudiar el informe ya citado de la OMS de la conferencia de Pebles) hay un rasgo dominante: se considera que el sistema de salud es un sistema de dominante médico, independientemente de que se acepte el componente estructural interdisciplinar. Se acepta que componente médico no equivale, en el área o subsistema de la salud mental, a una psiquiatrización estricta de la persona, sino que ésta debe ser un sujeto integral de atención médica. Como el planteamiento es <u>societario</u>, se plantea que el alcance de la intervención no se limita al individuo, sino que se extiende a las familias, los grupos sociales y aún a la comunidad en la que se inscribe el sujeto (características de sectorización o de comunitarización. Aquí, sin embargo, se ha de hacer una consideración y es que en alternativas no médicas que, por supuesto, no implica que no intervengan médicos en los equipos interdisciplinares, hay una acción de la comunidad y, por lo tanto, la acción de lo que en otros lugares se llaman “agentes sociales”). Se supone que el sistema considerado no sólo responde a la <u>demanda</u>, sino que incluso la <u>detecta preventivamente</u>. Esto, en cierto sentido, supondría de hecho la transformación de un estricto planteamiento nosológico, pues esa acción preventiva tiene que formular intervenciones sobre fenómenos no clasificados, pero susceptibles de inercia patógena... NI que decir tiene que o que aquí sintetizamos responde a lo que se pretende internacionalmente con la denominación de “psiquiatría comunitaria”.

3. Teóricamente, al menos, el sistema no se gestiona tecnocráticamente sino que establece un contacto con los representantes políticos y con aquellos agentes sociales implicados. Todo esto supone distintas cosas:

· Capitalización de recursos
· Nuevas estructuras administrativas,
· Reconversión profesional del personal existente,
· Programas de formación de nuevos profesionales comunitarios
· Implantación de los recursos que permitan una continua formación teórica y técnica (entre otros.../...)

Por eso tiene, al menos sobre el papel, repercusiones formativas, organizativas, asistenciales evidentes:

· definición de objetivos en tal forma que puedan ser compartidos por todos los interesados y de forma tal que permitan una continua evaluación objetiva;

· definición desde las condiciones realmente existentes, desde la comprensión de los límites y de las contradicciones existentes (lo que no quiere decir, evidentemente que se respeten);

· definición de necesidades, priorización de éstas, objetivos a concretar en planes con formulación histórica, política, técnica, ideológica;

· definición de áreas de competencia y responsabilidades, delimitación estricta de necesidades laborales, formulación de las condiciones de admisión y derechos y responsabilidades del los asistentes voluntarios;

· corresponsabilidad en la fijación de los objetivos con todos los agentes sociales afectados;

· comprensión social, política, económica, ideológica, epidemiológica del área sobre la que se va a intervenir; · recurso a todas aquellas fuerzas, agentes, instrumentos... sociales de cambio que pueden contribuir al desarrollo y afianzamiento de la experiencia;

· y siempre comprensión política y técnica del objetivo que se pretende cumplir. Objetivo que, con todas las implicaciones posibles, no es otro que el que permita desarrollar aquella acción que posibilite comprender y ayudar a todo sujeto de sufrimiento psíquico, sin desarraigarlo, desclasarlo o deshistorizarlo.

(Conferencia de Puebles 1972, Bonnafé 1973, Querido 1968, Lebovici y Paumelle en Bellak 1974, Polak y Kirby 1976, Kolb, Bernard y Dhrendwend 1969 y, por supuesto, la obra editada por C. Müller en 1973 donde se recogen las experiencias más importantes en el campo de las alternativas como Jones, Sasz; Basaglia, Dolto, Gentis, Laing, Cooper...) .

Frente a esto, ¿qué nos ofrece el H. de D.? Más concretamente, ¿qué ventajas ofrece esa carencia teórica? ¿Donde se muestra la aparente eficacia de la propuesta espontaneísta, activista, internista?

1. Nadie en el H. de D., ni siquiera las otras dos personas contratadas, comparten los objetivos. No hay identificación ni forma de evaluación objetiva de la experiencia.

2. En ningún momento de su existencia el director del H. de D. ha expuesto las condiciones, los límites, las contradicciones existentes en torno a su obra. Ni a los miembros de su "equipo" ni al colectivo en las características propias que tenía y podía tener su C.T.

3. Ningún problema, ningún plan, ninguna formulación que permitiera comprender la trayectoria y la finalidad de la organización. No se pueden leer otras necesidades que las de un proyecto privado destinado a tener un prestigio personal.

4. En todo momento falta la más mínima reflexión sobre las condiciones de explotación de la fuerza "abstracta de trabajo que utiliza y agota en su experiencia. No hay derechos para ese III grupo que se convierte o es convertido en el grupo de parias o "intocables" sobre los que pesa la desconfirmación más absoluta. Estafa a la propia población asistida, a la que ni siquiera se le concede el reconocimiento al derecho de su propia demanda, lo que confirma ese carácter de "intocables" de los asistentes voluntarios ("intocables", por supuesto, para referirnos al sistema hindú de castas, dónde ésta es el escalón más bajo de la degradación social).

5. Que nosotros sepamos,

a) en la propia C.T. no se dan, dentro de las posibles limitaciones que impondría el poder "exterior", ni posibilidades de gestión ni, por supuesto, de control por parte del colectivo;

b) no existe ningún contacto representativo con fuerzas sociales, políticas, sindicales, con movimientos feministas, de psiquiatrizados... No existe contacto con colectivos similares, no hay intercambio con otras organizaciones estatales o extranjeras (no entramos en si existen contactos personales, que es otra cosa).

6. Hemos indicado anteriormente que en el H. de D. no existía una mínima organización del trabajo (en alguna ocasión pública han tenido que reconocer que no tenían ninguna constancia de su trabajo: lo fiaban a la memoria. Curioso que papel y toma de notas en las sesiones o en las reuniones era considerado siempre con prevención sospechosa). No hay conocimiento del área sobre la que se interviene, con lo que mal se podía determinar la naturaleza y extensión de la demanda.

7. El H. de D. ¿ha conseguido, en algún momento, clarificar la naturaleza exacta de su actividad?

a2) Relaciones personales.
Resolución y manifestación de las contradicciones.

Evidentemente, los apartados con los que hemos querido indicar el curso de nuestra exposición no se pueden comprender aisladamente, sino en interacción permanente los distintos planos de expresión del conflicto. De alguna manera, lo que hemos querido ha sido representar al sistema en movimiento.

Si se analiza al grupo con los indicadores de Bion respecto a los supuestos básicos del grupo, nos encontraríamos con una serie de hechos profundamente reveladores:

1. En los planos racional y consciente, el movimiento era profundamente activista, voluntarista, justificado por el afán de atender más y más. Compromisos y tareas quedaban entonces suspendidos en numerosas ocasiones. No se aceptaba el análisis de la realidad y definir la tarea suponía una empresa que no se aceptaba. Todo lo referente a necesidades, medios, relaciones externas era despachado bajo el supuesto de que todos eran enemigos y nadie haría caso. Se trabaja, consecuentemente, con disponibilidad "stresante" permanentemente. No se quiere saber a dónde se va. Lo definitorio es moverse y hacerlo con la mayor intensidad posible.

2. La circulación procedente de los afectos básicos, como vinculación emocional y fantasmática, son los más abundantes, hasta impregnar con su circulación todas las interacciones. Es la contrapartida a las carencias de (1), su complementariedad que fuerza hasta establecer las relaciones asimétricas de pseudoidentidad, de confirmación por delegación, de imposibilidad de separación, de fusión. Así se genera:

- dependencia estricta del líder que da protección, favor, decisión o sus contrarios: miedo, inseguridad, indefensión, arbitrariedad. Separaciones, uniones, división, informaciones seleccionadas, autoritarismo, celos...;

- de ataque-huida como rechazo al supuesto de dependencia, pero muy limitado, porque el anterior opera como factor disgregador, potenciando la separación, la insolidaridad, con formaciones instantáneas de subgrupos que a la menor señal de alarma se disgregan inmediatamente. La oposición no se tolera, es perseguida, hasta que finaliza con la expulsión;

- función sádica del jefe, que recoge y selecciona el material, que vincula así o separa, seguriza o trivializa, ensalza o desconforma. Impide pensar en términos de grupo. E las "sesiones críticas" se realiza el ritual siempre igual a sí mismo de esta castración.

3. Continua tensión persecutoria. Permanentemente se alude a la amenaza exterior. Frecuentemente señalando a la institución, la Sección o el Servicio. Los más distintos testimonios confirman que nunca existió esta amenaza. Pero se la utiliza continuamente. Posteriormente al 23F se llega asegurar que, de triunfar el golpe de estado, el H. de D. no existiría más. Con lo que se produce la exaltación deseada fantasmáticamente, cada uno se convence de su "misión". No se vuelve a plantear ninguna objeción. Y, si se plantea, ¿cómo fue que el H. de D. apareciera en 1973 y pueda haber durado hasta aquí? Se considera como expresivo de la traición.

Hay un clima informal y aparentemente amistoso que no logra, sin embargo, desmentir lo que sucede debajo de las apariencias. La dirección autoritaria encubre la inseguridad profesional y personal de los "subordinados"; una división profunda dentro del equipo, con una lucha sorda en la que resultan favoritos y despreciados. Al tiempo, la inhibición crítica se acentúa. La dirección unas veces es permisiva, otras busca permanentemente chivos expiatorios ante contradicciones que no se pueden encubrir. Acting out permanentes; seducción; vaciamiento interior.

Llegan momentos en los que la viscosidad de las relaciones -personales impiden la visión de los problemas técnicos, políticos o ideológicos. Se producen guerras de rumor, de secretos reservas, ocultaciones, desconfianzas, engaños. Las obstrucciones son tan claras que el colectivo de "enfermos" las recoge con verdadero estupor, primero, terror, después. Si se denuncia, no se teme afirmar que se alucina. Es como si de pronto lo más negativo de la institución familiar se uniera en una dinámica única, con sus técnicas de negación, desconfirmación, doble vinculo, inducción, descalificación... Todo con el fin de mantener la norma que venía definida, a negativo, desde el grupo I.

Hemos recogido observaciones de otros terapeutas que han pasado por la experiencia y todos están de acuerdo en que siempre ha sido así. Se han producido dos intentos de suicidio, marginaciones, expulsiones, marchas inesperadas. La justificación última para explicar esta gran movilidad era "que les venía demasiado grande esto", lo que acarreaba o un juicio de valor de incompetencia o, en el peor de los casos, una calificación "psicológica" de " inseguridad y desequilibrio" .El equipo quedaba por encima del bien y del mal. Y, lo más asombroso, en ningún momento se manifestó un movimiento de pérdida, ante el abandono de gente que se hubiera creído perfectamente identificada con la obra. Este fenómeno fue constantemente observado.

En todas estas ocasiones, lo que llamaba la atención era la reducción individualista que se hacia del problema. ¿Cómo una tendencia que se proclamaba sociológica podía enmascarar así el conflicto? No cabía la posibilidad de autocrítica. De donde resurgía otro residuo del modelo médico dominante: individuación que no reconoce la eficacia de la interacción grupal y que en definitiva, mostraba el componente ideologista del "modelo" oficial.

a3) Del carácter de la práctica

Pensamos haberlo ya establecido suficientemente. Ninguna de las afirmaciones del director del H. de D. (1980) pasan de ser afirmaciones ideologizadas que no resisten la mínima prueba. Interdisciplinar, coherente teórica y técnicamente, desjerarquizado, con recursos técnicos, humanos, culturales y políticos; como lugar de capacitación profesional y de formación continuada... Nada resiste la prueba, repetimos.

Cuando nuestra investigación comenzó, la principal preocupación del grupo I y, en consecuencia, del resto parece que se manifiesta como conservación del H. de D. al precio que fuera, estaba por encima de todo y de todos. A partir de enero de 1981, parece que tal interés desaparece. Los "fundadores" piensan abandonar la empresa y ésta deja de tener importancia. ¿Cómo podía ser así?

No hay otra constancia sino la de que nos encontramos ante una obra personalista que no pretende un servicio público con posibilidades de extensión. Esto es lo que, unido al carácter institucional del H. de D., provoca todo el conflicto. El director, como en otras dimensiones lo harán otros médicos, lleva a cabo una lucha internista intrahospitalitaria, en la que se juega una concepción del prestigio socioprofesional y en la que está decidido a mantener su poder diferenciado, en su espacio autónomo. Una lucha que no perjudica a la institución y que sus propios colegas no pueden denunciar, por simple espíritu casta o de corporativismo. Una obra que se tiene que imponer a los "enfermos", porque éstos siempre pueden esperar algo peor. Y que se impone a los asistentes voluntarios, por las razones ya

estudiadas, pero también por razones de confusión teórica y de impregnación ideológica.

No se pretende jamás esa multicausalidad de la enfermedad, ya que, de hacerlo, cuestionaría necesariamente el desclasamiento efectivo de los colaboradores. Por supuesto, no se puede consentir ninguna desviación, porque supondría el esclarecimiento de la desviación privatizada y de su carácter auténtico.

Cuando nosotros llegamos al H. de D. la sumisión e inhibición de la totalidad del colectivo era impresionante. No se intervenía en las Asambleas y la más ligera oposición desencadenaba sobre el infractor las más broncas recriminaciones. Igualmente se puede decir que las decisiones del equipo no pasaban de ser meras indicaciones que no obligaban al director (tales "decisiones" eran sólo iniciativas que se hablan considerado in absentia de él). Y así continuaron las cosas hasta la consumación de la experiencia.

Un punto importante para que este estado de cosas pudiera mantenerse, como hemos indicado supra, es la actitud de los colaboradores directos del director. No hay duda de que si el H. de D hubiera sido dirigido desde el primer momento por un staff médico de iguales competencias administrativas, la competencia entre ellos habría desocultado mucho antes las contradicciones Con unos colaboradores de inferior categoría administrativa, técnica y social, la colaboración no podía ser sino colaboracionismo. Como se sabe de todas las investigaciones clásicas es siempre el personal subalterno el más renuente al cambio. Razones pueden encontrarse en Basaglia (1968), Majestre (o.c.). Aquí no se puede olvidar que dentro de la jerarquía hospitalaria las A.T.S.s experimentaban, con su cambio de rol, un ascenso social en prestigio. Son ellas, pues, por activa y por pasiva, las que auténticamente logran operativizar el poder médico del director. Por "reflejo" de su condición real y simbólica intrahospitalaria, pero también como proyección de su actual identidad imaginaria, dependiente siempre, establecen unas relaciones que no sólo no cuestionan lo que está ocurriendo, sino que también sirven de "apagafuegos" respecto a los otros colaboradores. Independientemente, claro está, de que también a ellas les favorecía la nueva situación.

Todo, sin embargo, va a quedar de manifiesto en la conclusión del H. de D. Aquí sí que puede darse un cierto paralelismo con lo ocurrido con Basaglia (Dervis 1978). González Duro se transfiere al Hospital Psiquiátrico de Los Prados (Jaén) como director. En el periodo en el que prepara su marcha, no duda en infundir determinadas expectativas a distintos miembros del equipo; incluso fomenta determinados enfrentamientos; a la vez, no duda en aceptar y colaborar en la decisión de nombramiento, por parte de la Sección, de una nueva dirección técnica del hospital de día. Induce entonces -y no antes- unas ilusorias expectativas en asistentes voluntarios, residentes y "enfermos". La ilusoriedad de un combate por la autonomía y la gestión del H. de D.

Sin embargo, la batalla estaba perdida de antemano. No hay ni siquiera reconocimiento, en algunos casos, de la condición de asistentes voluntarios para algunas personas, puesto que fueron aceptadas exclusivamente por el director. Así se genera un cierto movimiento de protesta que, si no fuera por la profunda frustración de los "enfermos", habría que calificar de un tanto folclórico.

¿Qué impidió anteriormente que estallara la reivindicación? ¿Era legítima exclusivamente a partir del momento en que se marchaban el director y una de sus colaboradoras? No pueden darse explicaciones

que se evidencian por el sólo hecho de que el propio director, con su cauta posición, los desautorizaba absolutamente. Pudo, incluso, haber potenciado la lucha en los últimos meses de su estancia al frente del H. de D. Pero no lo hizo. Acaso, una vez más, por ser fiel a sus principios.

Pero todo esto tiene otra implicación que no puede ser silenciada: este sometimiento efectivo del equipo, su inmadurez, su resistencia a la crítica, al análisis, a la necesidad de cambio, este estilo de vinculación dependiente, fusional, esta aceptación pasiva de una autoridad irracional, ¿no los califica o, mejor dicho, no los descalifica como terapeutas?

Si aceptamos que toda participación comprometida exige una implicación, un dejar de estar por encima del bien y del mal. No "controla" su trabajo, critica relaciones vividas, en las que, como decía el loco famoso, "se juega la vida", decide, impone valores de una ideología al menos degradada, suscita valores y compromisos que deciden el sentido de una vida personal, objetiva la subjetividad y pretende establecer las coordenadas estructurales de un conflicto que representa toda la trayectoria existencial de un sujeto. Establece una relación intersubjetiva, donde el "enfermo" debe ser el espejo que le dé cuenta de sus propias carencias, vacíos, negaciones, frustraciones; una relación dialéctica en la cual, "enfermo" y terapeuta intentan "revivir" y comprender el sistema en el que consiste la enfermedad ¿Cómo aceptarlos, pues, ante su aceptación y resignación de un estado de cosas semejante?

Se supone que ser terapeuta es, al menos, tener capacidad de ver con el otro. Enfrentarse a lo imaginario y simbólico de las contradicciones, interpretar las fuerzas determinantes de la conducta, ver el sentido y las orientaciones de esas fuerzas ¿Cómo articular la ayuda al otro, cuando, como él, no se puede no se sabe resolver las propias contradicciones? No se daba una relación real con el exterior e internamente no se podía resolver ni la dependencia ni la ocultación. Aceptar las razones de la "enemiga" del equipo de Sección no significaba otra cosa que aceptar y someterse a la autoridad, aceptando la propia marginación. Dependencia, sin embargo, que se negaba, por más que era absolutamente evidente. ¿Depender de la institución al precio de la marginación o romper con ella? Pirella (1967) decía: "la institución es una norma en sí misma y si se quiere negar la norma institucional hay que llegar hasta la negación global de la institución"... Y de sus gurus, añadiríamos.

III. Los "enfermos". Posición y participación en H. de D.

0. El problema de la asistencia.

Se ha dicho (Zilboorg 1941 y Bellak 1964) que se han producido 3 grandes revoluciones en el curso de la asistencia psiquiátrica: la primera correspondiente al proceso de medicalización de la locura, iniciado en el siglo XVIII; la segunda, los cambios introducidos por el psicoanálisis, a finales del siglo XIX; y la tercera, se habría producido como consecuencia del descubrimiento de los neurolépticos frente a la esquizofrenia y del litio en las psicosis bipolares o monopolares, a mediados del siglo XX. Con todo, se considera que la más importante transformación se estaría produciendo con la consideración comunitaria de la asistencia psiquiátrica. Es a ésta última a la que Bellak reserva el nombre de "3ª revolución psiquiátrica".

Sin embargo, puede decirse que esta autonombrada revolución plantea graves problemas. En un primer momento, en efecto, no resuelve sino la contradicción que representan los Hospitales psiquiátricos; en un segundo momento, se le plantea de tal manera la amplitud de su área de intervención que, desde una perspectiva puramente tecnocrática, no consigue dar cuenta ni de la amplitud necesaria del servicio ni, por supuesto, resuelve el problema que plantea la necesidad de inserción de "enfermos" gravemente afectados. Bellak (1974), Muñoz (1970) han señalado desde el punto de vista exclusivamente psiquiátrico la problemática del desarrollo comunitario.

Por supuesto, para nosotros el tema tiene otras consideradones. Psiquiatrización total de las contradicciones sociales, con un permanente deslizamiento de planos sociológicos y psicológicos, que llega a confundir la asistencia y aún la prevención con acciones de carácter político, en cuanto necesidad de un movimiento de transformación social. Así, se sociopatiza fenómenos tan políticos como la delincuencia, la prostitución y la droga, se asiliza a la comunidad con el tema de los llamados crónicos, se asistencializa las terribles deficiencias capitalistas en materia de servicios colectivos, se fomenta la hospitalización de nuevo cuño, etc., etc. (una bibliografía de todos estos temas es fácil de obtener incluso desde el propio campo reformista psiquiátrico. A su cabeza se puede poner el texto clásico sobre las consecuencias de la "despsiquiatrizacion americana" como es el informe del National Institute of Mental Health de 1971; el citado de Bellak; Tizard y Grad 1961; el de Grad y Sainsbury 1968; el de Andelman 1972...).

Cada vez, lo que aparece con más claridad es que el conflicto es siempre de naturaleza relacional, con determinantes estructurales o no. Que existe un incremento de crisis como consecuencia de una superior complejidad social que "carga" superiormente la responsabilidad de resolución de los compromisos del self; que hay una crisis generalizada de ideologías que son incapaces de orientar al individuo sobre la significación, valor e interacción de los acontecimientos, sin que hayan ideologías de recambio capaces de permitir una respuesta identificatoria y de seguridad psicológica a los sujetos. No es posible considerar por más tiempo individual a la crisis psicológica. Que un patriarca como es el propio Ey se vea obligado a afirmar que independientemente de su etiología, la enfermedad es en

sus efectos y en sus síntomas un profundo problema social, tiene ya que dar a pensar. Por supuesto, para Ey la etiología es un determinante con dominancia orgánica; pero a nosotros lo que nos interesa es destacar que son inseparables enfermedad y grupos sociales, ecologías comunitarias y sistemas sociales y que no se puede constatar la importancia de un factor orgánico como agente causal (ver Castel en 1975).

Queremos decir que no basta con afirmar la patogenia de un grupo respecto a sus componentes (F.M.S.M. 1962), puesto que este grupo tiene su ecología y sistematicidad características. Que la enfermedad no es sólo, en sus efectos, una desinsertación del individuo respecto a su medio ecológico y grupal; que es, fundamentalmente, una pérdida de autonomía subjetivo/personal, una fragmentación de la identidad, una indiferenciación respecto al otro significante y al sí mismo y que, en consecuencia, expresa la quiebra de todo un sistema interaccional no solo vincular, sino también interpersonal. Lo que indica que aunque tenga que darse, en las condiciones presentes, una intervención del técnico, esta intervención no puede ser ni sólo médica ni puede ser otra cosa que una mediación instrumental respecto de una acción determinante que tiene dominante política e histórica y que es colectiva y personal.

Lo anterior representa las mínimas bases de una propuesta teóricopráctica alternativa. Comprender la crisis en los dos pía nos de su manifestación; pero, además, comprender la función del técnico y su compromiso de límites; establecer las condiciones de su propia intervención y saber que ésta, en último término, está instrumental izada por una acción política global y por la acción especifica del sujeto que es quién, en último término, tiene que conquistar su identidad, su autonomía, su libertad.

Sin otro contrapunto ideológico, un espacio terapéutico es un sistema que integra recursos materiales y humanos en funciones asistenciales, con los objetivos de lograr la curación de los sujetos “enfermos”. Esto, en el ámbito técnico, supone el estudio, conocimiento y aplicación de todos aquellos recursos teórico-prácticos que, en la relación terapéutica, permiten el restablecimiento de las condiciones que permiten al sujeto acceder al plano de la recuperación simbólica de su identidad y de plantearse la necesidad o no del cambio.

Desde el punto de vista terapéutico, es esencial contextualizar e historizar al sujeto. Por otra parte, es esencial determinar qué condiciones corporales, psicológicas, sociales, culturales e ideológicas son las más aptas para el desarrollo del proceso terapéutico. Determinar, además, la estructura interdisciplinar que nos permita el abordaje del sujeto afectado de sufrimiento psicológico. Establecer, desde el marco teórico elegido, la operativización de los conceptos que nos permitan dar cuenta de las estructuras e interrelaciones de las fuerzas sociales, económicas, políticas, vinculares e ideológicas que confluyen en el conflicto y sus crisis, permitiéndonos el cono cimiento del sujeto concreto y el sentido fundamental de su estilo de interacción y de la economía subjetivo/personal, grupal y social de ese estilo.

Necesitamos conocer el medio y determinar objetivamente los parámetros fundamentales de causación de la “morbilidad”, como marco general etiológico que puede permitirnos comprender una de las estructuras fundamentales del conflicto así como de los factores más determinantes de las crisis. Esto supone, por lo tanto, una comprensión de las constantes vinculares, relacionales, culturales e

ideológicas de la ecología social del "enfermo", constantes que no son los terapeutas, en cuanto tales, los encargados de transformar. Tampoco, evidentemente, de reproducir, sino de colaborar en su esclarecimiento.

En las condiciones españolas, supuesta una sobredeterminación económico-política, no es posible hablar de sistemas de prevención; pero, además, por ajustamos lo más posible al objeto de nuestro estudio, es necesario prefigurar de tal manera el sistema asistencial que cubra dos aspectos esenciales:

a) de una parte, el diagnóstico precoz y un tratamiento breve,

b) de otra, evitar por todos los medios posibles la cronificación de los sujetos de sufrimiento psíquico (lo que, por añadidura, significa luchar contra toda forma de cronificación).

Lo primero, supone una actitud decidida, activa, orientada y fundada de parte de los terapeutas; se les supone la capacidad de comprender la estructura fundamental del conflicto y la disposición para reconocerlo en la biografía concreta. Esto supone una eficaz red de intercambio interdisciplinario desde las distintas áreas de abordaje; una ausencia de competitividad entre los distintos componentes del equipo; un justo nivel de formación psico(pato)lógica y en las CC. límites; una organización que asegure en todo momento la unidad, continuidad y homogeneidad de las distintas tácticas de intervención, en las que el sujeto paciente intervenga comprendiendo el sentido de la actividad que se le pide.

Lo segundo, ordenar las posibilidades reales del servicio a los objetivos perseguidos, lo que implica ser capaces de exponer con suficiente claridad qué puede esperar la demanda; no queremos decir determinar la demanda, sino hacer que ésta sea ya un paso terapéutico, en la medida en que pueda dar cuenta del intercambio simbólico que es posible establecer. Que se fijen, en ese mismo intercambio, las condiciones reales de la eficacia que cabe esperar. Que se señale con claridad el marco, las condiciones y el compromiso de la asistencia, sin que de parte de los terapeutas se produzca discriminación alguna, pero, por supuesto, sin que se falsee realmente nuestra posición simbólico-ideológica. Que toda la práctica esté en tensión permanente contra la hospitalización (De la Mata 1982 ha insistido sobre este riesgo: es difícil pensar hasta gué punto un H de D. o un Centro de Crisis están inmunes contra la contaminación hospitalaria; sin embargo, es posible producir cronicidad desde una terapia interminable, con un lugar ilusoriamente utópico, en el que las razones de comunitarización no estén perfectamente claras). Y esto implica también la comprensión del papel que juega la terapia, limitada esencialmente por la activación misma del terapeutizando. Es decir, no es posible comprender una terapia alternativa, si no se la concibe más como un instrumento que permite activar al sujeto, ponerlo en condiciones de asumir su acción que como un medio autónomo de "curación". Naturalmente, se incluye también aquí ese rigor conceptual que nos pueda permitir, al colectivo, evaluar íntegramente el proceso mismo terapéutico y sus índices de eficacia.

Qué tenga que entenderse por "curación" o "rehabilitación" es algo que depende exclusivamente del marco de referencia adopta do. Se habla de curación o rehabilitación como o lo que impide la incapacidad o la incorporación al proceso productivo o el ser capaces de reincorporarse a la comunidad, como efecto de la recuperación de identidad personal y social. Por ejemplo, Lamb (1971) o National Institute of Mental Health (1871) discuten la operatividad de ese criterio, según el cual

entre un 15 y un 40% de la población que sufre esquizofrenia en USA nunca alcanzaría el nivel pleno de "rehabilitación" (puede verse también el informe de Castel sobre la experiencia californiana, 1980). Por ejemplo, es clásica la formulación de que las reincidencias de hospitalización dependen más de factores grupales y aún vinculares que de una presunta recidiva de la "enfermedad".

Para nosotros, la reinserción social es uno de los objetivos de la terapia y no el menor, pero tampoco el determinante, si antes no se producen cuestiones como la resolución de sentido de la propia biografía, esclarecimiento de la red vincular, reidentificación imaginario-simbólica... Nosotros consideramos que es esencial un saber de sí mismo, un ser capaz de ponerse como soporte de relaciones, gestionar la necesidad y el deseo. De manera que ni hay una mítica identidad ni es posible la gestión esencial de una identidad sin efectuarla en la acción y en la interacción.

Es, pues, el conocimiento teórico del conflicto y sus crisis así como los objetivos que marca la "curación" lo que tiene que determinar la política asistencial, puesto que ésta determinada por lo anterior. Todas las técnicas no tienen otro sentido que el que pueda darle esa planificación y de la misma manera no hay posibilidad de desimpregnar ideológicamente las técnicas si no se parte de esos supuestos anteriores. Otra cosa serían palos de ciego.

Pero el marco general es todavía un marco que sólo puede posibilitar la acción concreta. Que frecuentemente depende de factores extraterapeúticos, directamente políticos, económicos, sociales. Que hay que contar con el impacto de las propias contradicciones sociales e institucionales sobre las de la propia relación terapéutica. Sin embargo, si algo importa aquí es esa posibilidad misma de articulación dialéctica entre el interior y el exterior, pues es esto lo que asegura la propia eficacia simbólica e interactiva del proceso terapéutico (de poco valen por ejemplo, seguridades básicas que alcance el sujeto, relaciones significativas, si éstas no son extensibles al exterior del espacio terapéutico).

De manera que no es el espacio en sí mismo lo que produce la transformación asistencial, sino que aquél está todo él traspasado por el proyecto "racional", "ético", "estético" que lo da "sentido" y productividad estructural. Que se pretenda, sin más, un espacio de permisividad restringida de la locura, de casi satisfacción del deseo, de alejamiento de las contradicciones reales, no resuelve nada. Como no resuelve que se pueda amortiguar la manifestación de una crisis con psicofármacos. Si es perverso el desarraigo del "enfermo", lo es siempre y en cual quiera de sus formas, si es que no aceptamos una política de adaptación. A alguno de estos factores de cronicidad y hospitalismo aludía Bellak (1874), cuando en su informe sobre 10 años de psiquiatría comunitaria, indicaba que el descenso absoluto del 15 % en la población total psiquiatrizada debía ser considerado críticamente, pues se producía un conjunto de reingresos ("por la puerta giratoria") que podían llegar a cuestionar el alcance real de la reforma comunitaria.

Todo esto plantea de nuevo uno de los problemas que ya hemos tratado en el capítulo anterior, como es el de la decisión de hospitalización que, además de develar una estructura de poder, en muchas ocasiones traduce también una filosofía asistencial, acorde con la estructura de poder ya analizada. Así el Colectivo Argibilde (1978) expresa en un cuadro las causas frecuentes de internamiento más usuales en nuestro medio terapéutico, causas que poco tienen que ver con una política asistencial alternativa. Nosotros hemos introducido algunas modificaciones:

GRÁFICO VIII:
RAZONES USUALES DE INTERNACIÓN (ARGIBILDE, 1978)

RAZONES DE ORDEN MEDICO	(I) Indicaciones derivadas de la enfermedad o de tipo terapéutico	1. razones de observación continuada para establecer el diagnóstico
		2. características del tipo de tratamiento a realizar
		3. incompatibilidad de los trastornos con una permanencia en el medio
		4. vigilancia continuada e intensiva de la conducta del paciente
		5. necesidad terapéutica de una separación del paciente del medio
		6. espacio de manifestación no reprimida crisis
	(II) Indicaciones derivadas de la naturaleza asistencial actual	1. no existencia de otra alternativa asistencial
		2. residencia del "enfermo" excesivamente alejada
		3. falta de capacidad asistencial del médico que descarga en el hospital el tratamiento
		4. falta de compromiso asistencial del médico con el "enfermo"
		5. incapacidad del médico de abordar el tratamiento ante dificultades de manejo del "enfermo" o de su entorno familiar
		6. criterios tradicionales del médico respecto a la naturaleza del tratamiento
		7. razones de competencia institucional
RAZONES DE ORDEN SOCIAL	(III) Indicaciones valoradas por médico, psiquiatra o asistente social	1. ausencia de soporte familiar o social adecuado
		2. ausencia de medios económicos
	(IV) Indicaciones impuestas por el medio	1. rechazo del medio por un nivel de tolerancia insuficiente
		2. prejuicios a la necesidad de internamiento por parte de la familia
		3. búsqueda de atención psiquiátrica fuera del marco de vida habitual
		4. presión laboral y/o familiar
	(V) Hospitalización forzosa por indicación judicial o policial	

Si se analizan los ítems, se advertirá que en la hospitalización siguen primando razones médico-políticas. La inexistencia de estadísticas hace muy difícil el análisis, pero comparando con otros países (por ejemplo, Glisner, Hewett y Mann 1972) se puede llegar a concluir que más de un 60% de internaciones no son necesarias. En esta razón pueden plantearse multitud de factores que contribuyen al desarrollo de nuevas formas de cronificación u hospitalismo. Si esto es así con teorías diagnósticas poco fiables, se verá que su ausencia puede multiplicar las razones de contraindicación de internamiento.

En gran parte muchos de estos puntos han sido tratados en el capítulo anterior. Aquí vamos ahora a ver funcionar el sistema del H. de D. en relación a su productividad específica. Por supuesto nos encontramos con los mismos factores contemplados “desde el otro lado”.

Un otro lado que tiene también características sui generis, en la medida en que, en primer lugar, ya se sabe que las experiencias de Hospital de día tiene unas indicaciones terapéuticas que se combinan con factores socioculturales importantes. Tienen una mayor incidencia estos centros asistenciales en las zonas de mayor cohesión familiar o bien, aunque todos estos rasgos están poco estudiados, en zonas de mayor cultura psiquiátrica o psicológica. Lo que no cabe la menor duda, contribuye a esclarecer la impregnación ideológica superior que se daba en el H. de D.

No podemos pasar por alto que uno de los hechos que más sorprendían en el H. de D. eran la extrema irresponsabilidad con la que se trataban estos aspectos y la falta rotunda de una crítica científica de las razones que justificaban la transformación de los conceptos. Así, la posición antipsiquiátrica clásica de crítica de la familia no establecía las necesarias mediaciones de esclarecimiento vincular que operan en toda estructura conflictuada. Igualmente, la justificación de la hospitalización nunca se efectuaba, de manera que fuera ese necesario indicador que tanto el paciente como el terapeuta necesitan. Especialmente referido a la estrategia de abordaje que fuera necesario utilizar.

Por ejemplo, cómo teniendo rotas las relaciones con los servicios centrales, el H. de D. se organizaba en régimen de C.T., que implica una seria teorización acerca de la hospitalización y su alcance temporal (ver Bleandonu 1970, como síntesis de las aportaciones sobre el tema). O, lo que es lo mismo, parece evidente que, incluso en casos óptimos, la internación tiene efectos en la formación de una cultura marginal de efectos psiquiatrizantes indudables. Pero veamos estos temas.

1. Características de la organización asistencial. Población asistida.

Queremos hacer una advertencia previa: todas las tablas dedicadas a consignar datos del H. de D. han tenido que ser realizadas por nosotros, puesto que en la institución no existía ningún tipo de datos. De forma que los que aquí consignamos han tenido que ser reconstruidos por nosotros.

GRÁFICO IX:
MOVILIDAD DE PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DIA

I	Usuarios que desde la llegada del observador permanecen al menos 15 días = **13**
II	- INGRESOS: 83 + 19 = **102** - REINGRESOS: **28** (19 pertenecientes al año 1980-81)
III	- ESTANCIA MEDIA: / Ingresos – (los que estaban julio 1980 + quedan junio 1981) / = = 102 – (13 + 15) = **74** usuarios. Tiempo = 56 días Tiempo máximo de permanencia en H. de D. = 320 días Tiempo mínimo de permanencia en H. de D. = 5 días
IV	Usuarios que quedan en junio 1981 = **15**
V	ALTAS - Terapéuticas = 34 - Voluntarias = 66 · faltas · suicidios (4) · brotes · otras causas Muestra de altas = / (102 + 13) – 15 / = **100** usuarios

Hay que destacar, evidentemente, el alto número de suicidios (ya veremos sus causas), así como el alto número de altas voluntarias.

En "faltas" aludimos al hecho de que un "enfermo" se marchaba y no tenía que hacer otra cosa que dejar que se le aplicaran las normas. Con "brotes" contabilizamos el estallido de crisis que el H. de D. no aceptaba entre sus muros y que o remitía al Servicio, o bien de desentendía de la evolución de la persona. Los 15 últimos psiquiatrizados protagonizaron en julio de 1981 los encierros en apoyo de las reivindicaciones de los terapeutas.

En cuanto a la clasificación nosológica de estos "enfermos" es la siguiente:

GRÁFICO X:
CATEGORÍAS MAS FRECUENTES DE DIAGNOSTICO

MUESTRA: USUARIOS CORRESPONDIENTES A LOS GRUPOS I y II (- reingresos) Total = 96 usuarios			
CATEGORIA		Nº de usuarios	%
PSICOSIS	ESQUIZOFRENIA	23	23,92
	P. M. DEPRESIVA	4	4,16
DEPRESIÓN		6	6,24
PARANOIA		2	2,08
NEUROSIS	OBSESIONES FOBIAS HISTERIAS	8 2 16	8,32 2,08 16,64
SOCIOPATÍAS	PSICOPATÍAS ALCOHOLISMO DROGODEPENDENCIA	16 2 8	16,64 2,08 8,32
OTRAS ALTERACIONES	ANOREXIA/BULIMIA	4	4,16
	DÉFICIT MENTAL (ATRASOS)	2	2,08
SIN DIAGNOSTICAR		3	3,12

GRAFICO XI:
SEGÚN ORDEN DE FRECUENCIA (Muestra 96 usuarios)

	DIAGNÓSTICOS	%
1.	ESQUIZOFRENIA	23,92
2.	HISTERIA	16,64
3.	PSICOPATÍAS	16,64
4.	OBSESIVA	8,32
5.	DROGADICCIONES (drogodependencias)	8,32
6.	DEPRESIÓN	6,24
7.	ANOREXIA / P. M. D.	4,16
8.	SIN DIAGNOSTICAR	3,12
9.	PARANOIA FOBIAS ALCOHOLISMO DÉFICIT MENTAL	2,08

Las distintas alteraciones se han adscrito a estos grupos por la estructura de personalidad predominante, aún cuando la mayor parte de los sujetos presentaban rasgos propios de otras alteraciones. Se puede, pues, hablar de estructuras mixtas.

La derivación de "enfermos" al H. de D. se realizaba habitualmente por las siguientes vías: o por información de otros psiquiatrizados o por la consulta extrahospitalaria del director, que realizaba dos días a la semana. En alguna otra ocasión, por derivación médica.

La admisión se llevaba a cabo en los casos en los que no se no se había efectuado por consulta a través de una consulta en la que el "enfermo" (sólo o en compañía de su familia) explicaba lo que le ocurría. Su entrada era voluntaria y el equipo, en alguno de sus componentes, le explicaba cuáles eran las normas existentes. Se solicitaba, además, la colaboración de la familia, para llevar a cabo la historia social del "enfermo" y para comprometerla en las sesiones familiares.

La edad media venía siendo de unos 25 años y la extracción social, a excepción de los drogadictos, media baja y baja alta aunque no dejaban de darse algunos casos de baja media o de baja baja (FOESSA 1977). En el caso de las drogadicciones, los psiquiatrizados eran gente muy joven, que no habían conseguido su primer trabajo, desclasados, a veces con antecedentes penales.

La presentación de los "enfermos" en la Asamblea no existía como tal (Grimson o.c.): eran admitidos y se incorporaban a las actividades que se les indicaba. Su presentación corporal, expresiva y estética era muy distinta de la de los pacientes habituales en los servicios psiquiátricos de cualquier hospital. El hecho de poder salir diariamente contribuía a mantener su estética y, en general, a darles una presentación de gente corriente. En general, se mantenían bastante contenidos, sin presentar problemas ostensibles de agitación o violencia. Mantenían los rituales del H. de D. sin ningún tipo de problemas y su actitud general era la de personas que habían encontrado un lugar de ocupación que les llenaba toda la jornada, sin más inquietudes.

Si se consideran las características más notables del sistema asistencial psiquiátrico (Casco en A. Infante 1975, Fundación Argibide 1977, O. M. de Miguel 1978, González Duro 1974, Montoya en De Miguel o.c., Muñoz 1970, Serigo y Porras 1966, Serigo 1968) se advertirá hasta qué punto podía aparecer distinto el H. de D.

Como indicaba Serigo, para 1971, España se encontraba en posesión de una asistencia psiquiátrica que no desmerecía de la existente en países del área del III Mundo. Existían 121 hospitales psiquiátricos con más de 43.000 camas y una tasa de ocupación del 100%. Hospitales llenos de una población totalmente cronificada, con mínimas posibilidades de dinamización, con mínimo personal, sin red extrahospitalaria alguna, apenas sin centros de rehabilitación de personas con alcoholismo y drogodependencia y sin alteración alguna en la asistencia, concebida sobre las bases de un modelo orgánico asilar.

Como ha dicho Montoya, no ha existido en ningún momento un planteamiento concreto de reforma asistencial global; o se han repetido los tópicos de un modelo teórico alternativo o se ha ido a experiencias privadas en la mayor parte de los casos. Lo que favorecía esa conciencia "desclasada" de los "enfermos" y familias más favorecidos (desclasamiento que favorece tanto la privatización médica general como la comprensión de beneficencia de los usuarios).

Así, también en el H. de D. los "enfermos", favorecidos por la política de autonomía privatizada, han mantenido las más fuertes barreras de separación respecto a los otros psiquiatrizados internos (ya se ha indicado el hecho simbólico de la separación de horarios en las comidas). Esto sanciona la conciencia de clases entre los "enfermos", lo que favorecía la segregación y la marginación. Segregación que, además, tenía efectos tanto en el mantenimiento del orden privado de la institución como en el prestigio mítico del director.

Como apenas han cambiado los datos, se pueden recoger las estadísticas en las que se señala la extremada importancia de las instituciones de beneficencia con respecto a las de dependencia estatal y se advertirá hasta qué punto tenía que ser reproductora toda práctica que sancionara una alternativa privada y de beneficencia. Esto es, por una parte se fomentaba el desclasamiento respecto al resto de la población psiquiatrizada; por otro, se configura, a partir de la condición administrativa de Gonzalez

Duro y de sus asistentes voluntarios, una comprensión religiosa beneficiada de la asistencia que recibían los "enfermos" en el H. de D., con lo que nada podía llegar a cambiar.

GRÁFICO XII:
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS Y DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA (1975)

DEPENDENCIA	Nº	%	Nº Camas		Indice de ocupación
Sanidad	7	6	2.289	(5%)	77,71
Ministº Justicia	1	1	198	(0,5%)	31,61
Diputaciones	37	31	23.592	(55%)	91,40
Municipios	2	2	174	(0,5%)	105,40
Iglesia	20	17	11.385	(27%)	93,47
Particulares	50	43	5.219	(12%)	76,49
TOTALES	**117**	**100**	**42.858**		**91**

Si se toman, además, en cuenta otros datos, como son:

- el 52% de las camas pertenece a Diputaciones y el 27% a Ordenes religiosas;

- hay 34 hospitales que sobrepasan las 1.000 camas, número a todas luces indeseable;

- el índice de camas referido a la población es de 1,23 por 1000 habitantes y el índice de rotación usuario/cama/año = 1,28

Se puede llegar a tener una pálida idea de lo que representa, para la asistencia pública y especialmente para una conciencia reivindicativa en la extensión de las prestaciones de la Seguridad Social, esta privatización de un servicio que, además, contaba con financiación "oculta" de la Seguridad Social.

Insistimos en este punto porque nos parece esencial con respecto a dos rasgos: 1) puesto de manifiesto ya por Basaglia y las organizaciones de Psiquiatría Democrática (también por distintas ponencias en el Reseau o.c.) y que se refiere al problema de los "enfermos" pertenecientes a la S.S., lo que daba un margen importante de intervención a los Sindicatos; 2) lo que representa de falsa conciencia una situación semejante, en la que no es posible generar un movimiento popular reivindicativo de una

serie de servicios asistenciales a arrancar del Estado.

De otra parte, esa ocultación impide verdaderamente que los "enfermos" puedan reproducir simbólica e imaginariamente los conflictos exteriores. Es decir, se cierra una de las vías que tienen "efectos de conocimiento" respecto a la estructura del conflicto y de las relaciones. Si, según se ha dicho anteriormente, el sujeto tiene que disponer de un espacio donde pueda analizar sus relaciones Stes. con objetos, personas y situaciones, gracias a una disminución de la carga de angustia y segurizando al sujeto en crisis, hasta lograr el reconocimiento de su propia identidad.

Pero no es posible este efecto de conocimiento, cuando lo único que se alcanza es una conciencia mágica de espacios intersticiales, donde el gozo y el deseo son posibles sin más. Se corta el acceso a esa conciencia de sí que se obtiene, entre otras vías, como consecuencia de la conciencias de unas relaciones que generan sufrimiento.

Otro punto a considerar es el del diagnóstico. Como en tantos otros hospitales, también aquí nos encontramos con una falta total de diferenciación en cuanto a las propias técnicas de asistencia terapéutica. Es decir, nunca existe un punto medio de articulación dialéctica entre lo social y lo psicológico y, a la vez, se produce una indiferenciación en las estrategias de abordaje que reducen precisamente la diferencia, hasta unificarla en una categoría abstracta, como es la de "situación" (suponemos que se realiza de acuerdo con las advertencias de Jervis en su manual, sin leer entre líneas, como se ve necesario a partir de las propias advertencias del autor en ese y otros textos). Por supuesto, no es necesaria o justificativa la comprensión organicista del delirio para decir que, si se quiere salir del modelo, es necesario prescindir de su plano de referencia. Hay que considerar que, además, el delirio es también una forma de ser y de estar y que tiene unos diferenciadores que son específicos.

Es decir, en éste como en otros temas, lo más concreto es también lo más abstracto. De manera que el desprecio diagnóstico finalmente tiene como efecto la confusión de planos que hace que, en muchos casos, se llegue a situaciones de progresivo deterioro y cronificación. En el H. de D. se favorecían muchas de estas situaciones de confusión. Se partía de prácticas que pretendían tener sólo un alcance de divertimento, pero que concluyen generalmente en estados colectivos de activación irracional.

Se diluyen así las fronteras que pueden permitir la propia gestión y se inducen verdaderas ceremonias de catarsis que no tienen ninguna relación con las posibilidades de intercambio simbólico en la realidad. De manera que se corren los enlaces que pueden permitirle a un sujeto la seguridad de que él mismo puede y debe gestionar su propia crisis, en lugar de favorecer su inercia hacia situaciones imposibles.

Es decir, en último término se determina una práctica asistencial que impide el sentido y la génesis de la crisis, puesta que la marginación y la confusión sacan activamente al sujeto de su propia realidad histórica. Con lo que el regreso cotidiano al espacio real se convierte diariamente en una renovación de la frustración que no permite resueltamente la transformación de las condiciones de vida.

Se advierte en un hecho tan característico como son las reía clones entre los pacientes extrahospitalarias y las relaciones con las personas significativas no hospitalarias. Los "enfermos" son incitados a

mantener relaciones extrahospitalarias, no entramos en si el hecho es manifestativo o no de acting out. Pero lo que ocurre es que se desarrollan nuevas formas derivadas de conflicto, como son las alianzas, los secretos, las discriminaciones... Y nuevas formas de frustración, porque resulta que, al exterior, las relaciones, incluso las más íntimas, no contribuyen a resolver nada y no son tan "maravillosas" como en el interior. La complementación histérico-obsesiva se hace más conflictiva, la dependencia respecto de los terapeutas mayor, la culpabilidad más masiva. Ni el cambio de parejas durante los fines de semana ni la posibilidad de intentar exhibir al exterior las formas de subcultura internas dan resultado.

Se advierte en los "cambios" respecto de las personas significativas exteriores. Son muchas las parejas que se separan, después de que uno de los dos ingresa en H. de D., pero sin que se restablezca el equilibro personal y subjetivo del individuo lo que falsea la solución. Por otra parte, las relaciones se intrican más, hasta el punto de que se dan nuevos procesos circulares de rupturas-reconciliaciones que acentúan la sensación de indefensión y confusión de las personas psiquiatrizadas.

Que indica, por otra parte, una adopción externa, ideologizada, "progresista" de la subcultura marginal. El "enfermo", de esta manera, se encuentra cada vez más limitado al circulo psicologista y pseudopermisivo de la institución. A la vez, la institución se manifiesta cada vez con más intensidad como un espacio cerrado de homeóstasis negativa y de carácter pseudofamiliarista. De forma que se llega, por vías nuevas, a suscitar otro de los problemas más agudos de la asistencia psiquiátrica tradicional: facilitar el desarraigo del sujeto.

En otro orden de cosas, qué piensan los "enfermos" de la locura no queda nunca claro. No se formulan claramente los estereotipos de etiología con raíz popular, aunque en el fondo y como consecuencia de la propia estratificación interna, circulan. Decimos estratificación porque, en el fondo, y a pesar de la confusión interna, son tan desemejantes las manifestaciones conductuales de unos y de otros que "flota" como la creencia de que siempre hay "diferencias" y que, "estando todos locos", siempre "unos los están más que otros".

En la subcultura del H. de D. se produce un rechazo de la familia sin que, sin embargo, esa familia se contextualice política, económica o socialmente. Así, se hace compatible una oposición anti-familia con valores claramente machistas y con un desprecio total por las condiciones sociales de vida de los sujetos. Temas como los de estudio o trabajo se relativizan continuamente, hasta el punto de que nunca son considerados como activantes de rehabilitación.

Así, en un gráfico como el que exponemos a continuación, no hay puntuaciones significativas. No existe diagnóstico, pero tampoco se le aclara al sujeto las razones de su sufrimiento malestar psicológico. Parece como si, a determinados efectos circulara una visión idílicomística de la locura, mientras que, a otros, se produce una desesperanza profunda.

GRÁFICO XIII:
CAUSAS DE "ENFERMEDAD MENTAL"

RAZONES IMAGINARIO / SIMBÓLICAS DEL "ENFERMAR" PSICOLÓGICO	Respuestas Significativas
• problemas laborales	-
• exceso de trabajo	-
• complejidad de la vida ciudadana actual	-
• problemas económicos	-
• ambiente inadecuado en la infancia	+
• problemas de represión sexual	+
• problemas de represión política	....
• problemas de inadaptación sociocultural	....
• vida familiar infeliz	+
• problemas de elección afectiva	+
• falta de ideas ético-políticas	-
• disgustos	+
• vida desordenada	-
• enfermedades físicas	+ / -
• beber excesivamente	-

Donde se advierte, fundamentalmente, la regresión psicológica de lo estructural. Si se comparan los resultados del cuadro con los de la matriz (MacLean 1966) se advierte que existe una concepción mucho más psicologista, menos histórica e, incluso, por supuesto, menos psico(pato)lógica, en el sentido expuesto en otros trabajos.

¿Qué buscan exactamente los "enfermos" en el H. de D.? ¿Qué actitud van a tomar los sujetos frente a su enfermedad y, por lo tanto qué tipo de demanda establecen? Es claro que en el primer momento, la demanda es del orden de la salud: no tanto saber qué les pasa, sino que se les evite el sufrimiento. Demanda que entraña tratamiento. Por supuesto, esta solicitud se hace al médico y tiene una clara determinación por las condiciones de apertura del establecimiento. La relación se refuerza en un primer momento como consecuencia de las apariencias de libertad en las que se va a producir ese tratamiento. A continuación se entra en el circuito mágico, como resultado de la

neutralización temporal de los factores que activan los factores del sufrimiento. En ese momento, se produce el cortocircuito terapéutico: el sujeto no tiene más conciencia de estar en tratamiento, no tiene el sentimiento de una relación dolorosa, donde los beneficios del síntoma queden en suspenso. Al contrario, el síntoma puede seguir desarrollando su economía patógena.

En un estudio clásico Mechanic (1970) correlacionaba, con 10 amplios rasgos, la sintomática y la comprensión del tratamiento por parte del paciente, llegando a establecer que el compromiso del paciente en su tratamiento era función directa de la manifestación del síntoma, de su frecuencia, de sus consecuencias ínterrelacionales, nivel de tolerancia por parte de los demás, limitaciones en el gozo, y costo psicológico. Por supuesto, que estos factores tienen que ir asociados también a los límites de tolerancia del propio sujeto, a su concepción del cambio, a su necesidad de cambio...

Aquí, en el H. de D., se confunde tanto en lo que respecta a la propia demanda como en lo que se refiere al trabajo de esclarecimiento del paciente en lo que respecta al compromiso de la relación terapéutica. Y esto, que ocasiona una trivialización final de la demanda de tratamiento, tiene consecuencias igualmente nefastas sobre la comprensión del síntoma por el terapeuta y, consecuentemente, sobre la propia respuesta a la demanda de tratamiento.

Efectivamente, en qué medida se responde objetivamente a la naturaleza significativa del síntoma es algo muy complejo de establecer. En principio y como consecuencia de la presunta concepción dinámica que el H. de D. afirma tener, se supondría que el síntoma tiene una economía libidinal y, en consecuencia, que pertenece a la estructura inconsciente-vincular de la personalidad del sujeto de sufrimiento psíquico. Pero esto, en su devolución a la persona, representa la consecución teórica y práctica de una determinada concepción de la terapia. Supone que la intervención técnica no es omnipotente, que la relación terapéutica no es un juego y que la demanda tiene un coste, que se expresa en la misma dinámica del cambio.

Sin embargo, la posición del terapeuta es confusa: así, en ocasiones, se interviene proscribiendo el síntoma en actitudes fundamentalmente conductuales. En otras ocasiones, se procura ignorar el síntoma, de manera que el "enfermo" se da nuevas técnicas de convivir con él, aunque sea durante las horas en que intervenga en el H. de D. En ningún caso, una lectura estructural de ese síntoma, con lo que la demanda queda transformada de raíz. Pues no se trata tanto de buscar la necesidad y posibilidad del cambio cuanto de encontrar el espacio que permita establecer la ilusoriedad de la realidad.

Respecto a los accidentes, la tasa es ciertamente alta, especialmente si se la pone en relación al número de pacientes que continúan en intervención terapéutica. Respecto al total, efectivamente se trata de un 4% (porcentaje ya alto); sin embargo, si se refiere al número efectivo de tratamientos, la tasa se eleva al 8%.

3 de los 4 casos, se consideran accidentes irreversibles, en opinión del equipo, con imputabilidad exclusiva a la "enfermedad", lo que sitúa a las conductas como imprevisibles e inevitables. El 4º, sin embargo, se imputa exclusivamente a un terapeuta, como imputación que tiene economía interna en el conflicto. Por supuesto, en todos los casos se analiza arbitrariamente, descontextualizando la actuación del "enfermo" de la trayectoria institucional, como puede ser el trasiego de terapeutas o

como puede ser el hecho mismo de que el suicidio pueda ocurrir en un momento en que las tensiones del equipo tienen una manifestación superior.

Pero mientras en un caso hay imputación (el hecho concreto es que la paciente había sido atendida en menos de un mes por tres terapeutas distintos), en otros casos hay incluso ocultación, en tanto que un suicidio y toda una serie de tentativas con un determinado terapeuta, no se ve la necesidad del análisis. Lo que tendrá su manifestación en un monto espectacular en la angustia del resto de pacientes de este terapeuta.

Es importante insistir en este punto: la institución "antipsiquiátrica" se apoya en criterios de enfermedad para desresponsabilizarse. Se imputa a la enfermedad o a la situación lo que necesariamente tiene que tener un punto de incidencia, como es la propia relación terapéutica. Véase que no hacemos imputabilidad, sino que sólo destacamos una doble posición ante un mismo hecho y la contradicción que supone mistificar el síntoma, para, a continuación, recargarlo con una inevitabilidad que se conjuga mal con una posición dinámico-interaccional.

El suicidio plantea de nuevo la naturaleza de la institución el tema de la decisión, la naturaleza de la demanda, la respuesta a la demanda. Lo primero, porque se hace necesario concebir un espacio de gestión de la crisis, no con imposiciones de un rígido autoritarismo, pero tampoco con una concepción naturalizada y espontaneísta tanto de la enfermedad como de la intervención. Lo segundo, la indicación misma de la pertinencia de la internación. En qué medida tiene que ser comprensible la crisis y en qué medida es necesario convertir el espacio en una base dinámica de apoyo, que autorresponsabilice a la persona de su propia vida, pero que "vea" y prevea sus posibilidades efectivas en su crisis.

Una concepción tal con la que se quería explicar el suicidio no entraña sino una comprensión institucionalista y naturalista de las crisis. Y una negación muy importante: no olvidemos que, además, hay 4 brotes que son remitidos a la Sección, al Alonso Vega; y otro no se quiere tratar. ¿Cómo pensar estos hechos?

Pero, sobre todo, ¿cómo puede pensarlo el sujeto de sufrimiento psíquico? ¿En qué medida era posible gestionar, transformar la vida? ¿En qué medida era posible la interacción al exterior? No existe, pues, un marco que hiciera comprensible lo que estaba ocurriendo; pero esto tanto para los "enfermos" como también para los terapeutas.

Lo mismo ocurre con la ocultación: por un lado se estimula la participación activa del "enfermo", por otra se le miente. La comunidad entera sabía del suicidio y, sin embargo, calla, incluso soportando la mentira. Se afirma de parte del director: "¡Cómo vamos a cargarles con esta responsabilidad a los enfermos!". Y el resto del equipo, puesto que la decisión está tomada, no hace otra cosa que asentir. No es posible impugnar desde dentro la escala jerárquica que implica la toma de esta decisión.

No compartir la responsabilidad determina la demanda y la respuesta que se le da. Un suicidio es un accidente trágico y aquí se viene a vivir. La curación o el remitir al exterior quedan confundidos. El exterior que no puede ser sino el punto legítimo de confluencia y de destino queda así absolutamente

desdibujado. Pero esto no quiere decir sino que la negación al diagnóstico es la negación misma a comprender las fuerzas actuantes efectivamente en el conflicto. Con lo que la propia responsabilidad del psiquiatrizado queda sujeta exclusivamente a ser un buen enfermo, aunque sea dentro de una institución "despsiquiatrizada".

2. Otros problemas técnico-conceptuales.

Hemos dicho anteriormente que no cabía conceder demasiada fiabilidad al cuadro de morbilidad expuesto. Falta un examen profundo y faltan criterios de ordenación conceptual. Y no se trata exclusivamente de inclinarse por una nosología reificadora, cuanto que es necesaria una orientación que permita la intervención terapéutica.

Se plantea la repulsa contra el modelo organicista, pero no encontramos ni el modelo dinámico ni el sociológico alternativos. No se dice nada acerca de la existencia del mínimo requerimiento epidemiológico: falta cualquier indicación, en ese sentido. De esa manera y supuesta la existencia de una organización que se define como asistencial, lo problemático es de dónde partir.

Desde el campo psiquiátrico verdaderamente es notable el índice de desviación entre los distintos procedimientos de diagnóstico (ver el estudio clásico de Srole y otros 1962, también el de Leighton 1963). Con todo, el tema sigue siendo ubicar una unidad de manifestaciones - síntomas- que expresan un determinado trastorno, ubicación que tiene que permitir un acceso al problema concreto.

A estos rasgos conceptuales hay que añadir otra serie de variables como son las características de clase, culturales, socioeconómicos, vinculares, etc. Es real que dentro de la propia psiquiatría no existe un cuadro único de unificación (se utiliza en ocasiones el de OMS 1876; pero también en España el de PANAP). Además, ya como actitud terapéutica habría que poner la ideología ante la enfermedad y el tratamiento, el grado de participación en el conflicto, la respuesta a la demanda...

Mechanic (1962 y 1970) ha insistido en la serie de rasgos que a su juicio pueden llegar a determinar la demanda y que, como se ha indicado anteriormente, se pueden resumir:

a. capacidad de los síntomas para ser reconocidos como tales,
b. frecuencia e intensidad de su aparición,
c. el grado de trastornos creados por los síntomas en la vida de familia, trabajo, relaciones,
d. grado de tolerancia de los que rodean al sujeto,
e. contradicción entre necesidades y trastornos,
f. disponibilidad al tratamiento y actitud activa o pasiva ante él.

El marco tiene, de alguna manera, que completarse con un cuadro de morbilidad epidemiológica que dé cuenta, en la medida en que esto sea posible, del área social sobre la que recae la oferta asistencial.

Así, nos encontraríamos con cuadros mucho más completos que el que hemos podido establecer.

GRÁFICO XIV:
MORBILIDAD EPIDEMIOLÓGICA Y ÁREAS DE PREVALENCIA

Demencias Psicosis Trastornos no psicóticos	Zonas	Clase social	%	Nº de casos
CATEGORÍA	Zonas	Clase social	%	Nº de casos
Trastornos no psicóticos asociados con afecciones somáticas Deficiencias mentales Neurosis Alcoholismo Drogadicción Personalidades anormales				

Por supuesto, es necesario especificar incidencia por sexos, edad, procedencia. Es decir, algo que nos permita valorar el "lugar", el marco, la operatividad, el alcance, los objetivos del modelo asistencial propuesto. En una palabra, lo que nos permita situarnos frente a la alternativa propuesta.

Si ahora tratamos de establecer la demanda al Hospital de Día, estamos ya en condiciones de establecer una serie de rasgos que sin ser definitivos, sí nos permiten tener una comprensión más elevada de la institución.

En líneas generales, nos encontramos con una población joven de extracción predominantemente media baja, con una ligera prevalencia de mujeres, casadas recientes en su mayoría, mientras que los hombres son en su mayor parte solteros; en su mayoría, no han encontrado el primer trabajo; con un nivel cultural bajo media o mediabaja. En su mayoría, presentan fundamentalmente trastornos de carácter neurótico, crisis de identidad, situaciones de crisis reactivas, anomia ideológica. Pocos, rasgos psicóticos, con prevalencia mixta., aunque con una ligera inclinación hacia el grupo de hombres. Se comprueba también aquí una mayor "sensibilidad" de la mujer a la demanda psicológica (lo que atestiguaría esa incidencia superior de trastornos neuróticos en las mujeres).

Como consecuencia del sistema de ingresos del H. de D., la demanda de atención es canalizada fundamentalmente por vía médica. En los casos más graves, la canalización se hace hacia la Sección y eventualmente al Servicio. Como tónica general, no se realiza una política de ingresos de casos agudos, crónicos o gente mayor. Como hemos indicado, en último término los criterios no se fundan tanto en la gravedad de la patología cuanto en los especiales rasgos que el director considera como caracterizadores de "sus" pacientes. Llama, por otra parte, la atención: a) el ingreso de personas que como mucho necesitarían exclusivamente consejo psicológico y b) la existencia de una serie de personas que no tienen una sintomática muy específica o de personas que continúan en el H. de D., a pesar de su actitud pasiva y, en ocasiones, de su actitud negativa antiterapéutica.

De entre estos sujetos es necesario destacar lo que en literatura clásica son designados como "enfermos-síntoma": reflejan la situación conflictiva y de doble vinculo existente. De ellos, habría que destacar cuando menos 3 clases:

a. el sujeto que denuncia el conflicto general y que denuncia la ambigüedad, ocultación,
b. el sujeto que denuncia el conflicto entre terapeutas,
c. el sujeto que denuncia el conflicto interpacientes.

De (c) el exponente más conflictivo es el de la relación con los terapeutas, relación de privilegio o de persecución, en la que intervienen tanto factores de celos como de posibilidad de cambio institucional de identidad. En efecto, no sólo existe un antecedente actual (caso que se habla dado anteriormente), sino que también son estimuladas las fantasías de algunos pacientes, en ese sentido. Esto genera internas corrientes de enfrentamiento que llegan incluso a incidir con recursos procedentes de (a). Las actitudes antiterapéuticas no sólo exhiben ese rasgo de no querer "someterse" a un trato igualatorio con el resto de los "enfermos" (al fin, no se es de la misma clase), sino "tomando partido" en relación a las fuerzas opuestas en el grupo terapéutico. El "aire" de superioridad será criticado entre los propios psiquiatrizados, pero lo será por aquellos enfermos-síntoma del conflicto (b). Como ocurre en comunicación, no se puede denunciar racionalmente lo irracional o denunciar digitalmente lo que ocurre en un plano analógico, con lo que la crítica tendrá que ser descalificada como "absurda".

Hemos denominado la situación de doble vínculo. Jackson (1960) ha indicado las características de esta situación, en las que el conflicto terapéutico es vivido como desgarrador por el "enfermo", por cuanto depende de la situación y no puede denunciarla, porque compromete nada más y nada menos que su posibilidad de curación. Sin embargo, la existencia del conflicto no es que le garantice su curación. Se encuentra así en una posición que no tiene resolución desde su "lugar" estructural.

Porque, en efecto, el "nombre" de la autoridad era democrático, pero no su uso. En las actividades, el "enfermo" podía expresar opiniones; pero no todas ni desde cualquier "lugar". El tema consistía en discriminar sobre qué cuestiones se podía discutir y, más esencialmente, sobre qué cuestiones se podía decidir. Porque, de acuerdo con lo que hemos estudiado, la institución, por más que se pretenda en la ideología, no concede instantáneamente a todos el mismo poder. "Conceder" poder es poseer el poder. Y no sólo se puede retirar, sino que para que siga dándose el poder éste tiene que fijar las condiciones, el límite y, naturalmente, reservarse el derecho de veto. Se imponen las reglas del juego y se decide sobre toda cuestión de su acción. Así, el poder impone una situación

permanente de conflicto de doble vínculo, porque no existe para el poder ninguna norma efectiva de sometimiento.

Como no podía ser de otra manera, las contradicciones se reflejan en las altas, en las que encontramos, fundamentalmente en las voluntarias, una movilidad similar a la que se da en el caso de los terapeutas. Es evidente que el H. de D. no pudo asegurar a estas personas un tratamiento adecuado. Entre una psiquiatrización que los marginaba de su propia vida cotidiana y un "soportar" a ésta, con toda su carga de frustraciones, eligen esta última vía. No sabemos qué ocurre con ellos. Simplemente, dejan de venir, acumulan las faltas normativas y dejan de tener una identidad tanto para los terapeutas como para sus propios compañeros. No hay aquí tampoco lugar para el cuestionamiento.

Quiénes abandonan la experiencia no está totalmente claro. Se producen abandonos de usuarios que cuestionan la lógica de la institución, gente que no puede aceptar sin crítica lo que está ocurriendo allí. Pero también se producen abandonos de personas que no cuestionan la estructura de poder existente. ¿Qué es entonces lo que cuestionan con su marcha? ¿La separación, cada vez más profunda, entre el exterior y el interior?¿Denuncian , acaso, la contradicción cada vez más aguda entre lo que es posible hacer dentro y la ruptura de eso posible con la realidad exterior?¿Son todos ellos enfermos-síntoma que denuncian las condiciones interiores efectivas?

En el H. de D. el usuario no decide ni ideológica, administrativa o técnicamente. No puede decidir en lo esencial sobre su "curación" y, por las razones ya explicadas, no puede siquiera tratar de comprender el sentido de su dolencia. De manera que lo único que puede hacer en un momento determinado es negarse a la propia decisión técnica. No para cuestionarla, que no puede sino más rigurosamente, para negarla. Y éste es el verdadero gesto que lo cuestiona todo: ¿cómo es posible que se rompa con estos condicionantes libertad, puertas abiertas, corresponsabilidad, desjerarquización... ¿Cómo es posible, repetimos, que se dé la negación? Porque si el abandono del terapeuta puede interpretarse como irresponsabilidad, incapacidad, el alejamiento del terapeutizando no tiene, dentro de esos supuestos, ninguna explicación.

Con su negación, el sujeto de sufrimiento descubre la estructura contradictoria del proyecto: porque no se trata de pretender que no existan las contradicciones; se trata, más simplemente, de poder "decirlas", de tener capacidad para señalarlas, de poder establecer el plano auténtico de su resolución.

No se trata tampoco de descalificar a la C.T., sino de situarla en sus términos exactos, como en distintas ocasiones ocurre en la "institución negada" que evidencia la necesidad de un discurso que tiene que proponerse "representativamente", porque el "enfermo" ha perdidoporque se le ha arrancado- toda posibilidad de decisión. Pero ser conscientes de esa "representatividad" no oculta el poder que ello representa, sino, como hemos dicho anteriormente, estar dispuestos a asumir las contradicciones del proceso y su mismo cuestionamiento. Es lo que separa dos concepciones políticas, una social reformista y otra de vanguardia que asume la responsabilidad de significar la necesidad del cambio (Slavich 1976).

El sujeto se encuentra en un callejón sin salida: no puede dejar de ser "bueno", porque la Sección, el Servicio son presentados como el lugar del castigo. Por otra parte, no puede ser "bueno" auténticamente, porque ello le lleva a enfrentarse con lo que le exige ser bueno. Sólo puede entonces o marcharse o

someterse al juego de un como "casi" libre, decisorio, corresponsable... Y, en esta situación, de nuevo es inevitable la sintomatización.

En esa perspectiva, el suicidio tiene que ser considerado como un acto de denuncia, llevando al extremo la prescripción misma del acting out. En uno de los casos, nos encontramos con una enferma que ha estado sometida al juego de la "valla de goma". Tres terapeutas la van tomando y dejando sucesivamente. No se considera que viene de un tratamiento tradicional, en el que ha desarrollado una fuerte transferencia con su terapeuta. Drama, no ya de la separación, sino del rechazo y, finalmente, de la desconfirmación. En otro, como pérdida de toda esperanza: se suspenden las reglas y el sujeto, con una trayectoria de altas y reingresos, pone fin a la circularidad.

Necesariamente, entonces, tenemos que preguntarnos por qué teoría de conflicto se mantiene. Una, de estricta imputabilidad individual u otra, interaccional. Conflicto que nos remite a los procesos de la psicogénesis y de la sociogénesis, que nos sitúa ante la necesidad de dar cuenta de la interacción, que nos obliga a plantearnos el tema de las relaciones, una teoría de la sociedad y de la personalidad, de la vinculación y de las propias vicisitudes de la relación terapéutica. No cabe duda de que no es posible, en una concepción de compromiso, desvincularse del paciente; pero lo que hay que resolver es cómo esta vinculación dramática se resuelve hacia la acción, hacía la identidad, hacia la autonomía. En el H. de D. nos encontramos con que la vinculación reproduce las situaciones de castración, de dependencia, de inseguridad existencial. Mantiene una ilusoriedad fantasmática que no puede ni transitar a un imaginario simbolizable ni puede resolverse en una sintomática que haya de ser "leída".

No se consigue el núcleo de una identidad asumida. Como en las vinculaciones patológicas (Stierlin 1978), se adscriben roles, identificaciones contradictorias que contraponen las estructuras arcaicas (="Ello") a las estructuras ideológicas (="Superyo") y éstas a las estructuras de la personalidad (="Yo").

Al interior viene de nuevo a encontrarse con similares procesos que le aseguran de nuevo la posibilidad del goce, pero que de nuevo, vuelven a negarle. Una falsa identidad que se resuelve en un casi-cuerpo, en un casi-deseo, en unas casi-relaciones. El reconocimiento, la identidad, la diferenciación vuelven a esfumarse como posibilidad. Desconocimiento de las estructuras profundas que orientan el lenguaje, la necesidad, el gesto, la acción, el deseo y la responsabilidad. Se deshistoriza de nuevo: sólo es posible amar renunciando a la personalización; pero resulta que, como "antes", como "fuera", en el espacio histórico de la vida, sólo puede uno ser amado a condición de negar el conocimiento y el reconocimiento.

Es decir, resulta que estar "enfermo" te arrancaba del espacio histórico común y de la etnia de procedencia; pero, ahora, es necesario que te identifiques precisamente con lo que te desconfirma. Sólo puedes ser en el espacio imaginario que realiza una casi-historia. En una relación que tiene que confirmarte en lo que históricamente te niega, sin identidad todavía personal, cultural, étnica, social.

En el H. de D. el "enfermo" pierde su historicidad concreta. Se vincula a la institución y, como también ocurre con los terapeutas, no sabe vivir fuera de ella. Su conducta es funcionalizada por la institución que lo posee con intensidad cada vez mayor. La acción se convierte a su núcleo productor fantasmático. Se espera con angustia, el fin de semana. Se generan los circuitos de la competencia. La

identidad queda remitida a esa valoración siempre inestable del otro con poder, del otro que puede rechazar. En la "otra" vida, el compañero es una realidad que frustra por referencia al fantasma. Pero del que necesariamente también se tiene que depender.

Así se reproduce el vínculo. Como "superestructura" que no llega a cuajar la totalización concreta, dinámica de una personalidad en un contexto. No queremos decir que el vinculo arcaico quede esclarecido, que aparezca como motor de la dialéctica subjetivo / personal. Por el contrario, el sistema genera nuevos factores de desconocimiento y negación. De manera que coexiste la estructura comunicativa básica con una "nueva" ley de adaptación pasiva a una casi-realidad.

Se ha dicho que una terapia dinámica reproduciría en su proceso las tres grandes fases que Fairbairn (1952) indicaba como manifestativas del proceso de desarrollo:

a. la de dependencia, cuya función es incorporar a partir de la indiferenciación

b. la de mediación y transición, en la que se realizan las identificaciones secundarias y la diferenciación con el duelo por la ruptura con la dependencia imaginaria

c. de diferenciación, con funciones de dar y recibir, en la que se realiza la dependencia madura de las relaciones significativas con otros sujetos independientes.

En el H. de D. la primera fase se convierte en la determinante. No se alcanza la tercera, porque tanto el dar como el recibir se sitúan en la primera posición. El agente vinculante no va a pasar al plano de "tercero significante", sino que va a mantener se en el polo determinante de las expectativas, deseos, puntuación de la secuencia de hechos, control, compromiso... que determina una relación complementaria, de carácter indiferenciador. Que no implica el reconocimiento de la diferencia del sujeto vinculado, sino su dependencia, en una red cognitiva, afectiva, de valores que reproducen las condiciones que generaron el conflicto y sus crisis. Con lo que sólo en un margen de la historia se hace posible gestionar la propia vida, para el sujeto vinculado.

El agente vinculante, pues, reintroduce el conflicto o, por mejor decir, lo reproduce, en sus dimensiones estructurales, ya que la vinculación de nuevo hace aparecer la existencia como dependiente de una organización, de unas leyes ocultas, de una mitología que nunca encuentra, en positivo o negativo, su "verificación".

El conflicto estructural, pues, tiene efectos intrasubjetivos por su mismo carácter intrasubjetivo. Así, desde las perspectivas recíprocas de los procesos de identificación que acontecen en la relación terapéutica (Laing, Phillipson, Lee 1966) y en el "muro" (Bowen 1968) que forman las indiferenciaciones, las alianzas emocionales que componen la terrible red de interacción familiar.

Esto es lo que el H. de D. no ha podido resolver: comprender la raíz estructural y dialéctica del conflicto, para, desde ahí, realizar la tarea de recuperación del sujeto en el individuo "enfermo". No ha conseguido ni estrictamente una C.T. ni se ha instalado en una auténtica posición antipsiquiátrica. Y esto se ha vuelto contra los "enfermos", psiquiatrizándolos en un doble sentido: por reducirlos a una condición dominada, acrítica, de pendiente y por conformarlos a una posesión alucinatoria de una

estructura de deseo que no tenía posible traducción simbólica. De qué concepto eran tributarios en el tema de la salud se puede advertir confrontándolo con el que manifestábamos en las Iª Jornadas de Terapia dialéctica (Noviembre 1981).

Somos conscientes de que existen en nuestro trabajo y en este texto, vacíos y lagunas que necesitan ser llenadas. No lo hemos conseguido, acaso, por diversas razones: insuficiencias del método, carencias de material en el área de trabajo estudiada, limitaciones de carácter profesional (no hemos podido utilizar materiales que harían reconocibles a sus protagonistas) y tantos otros problemas.

Que no se vea en nuestro trabajo un ataque personal y, mucho menos, que no se utilice nuestra investigación como un alegato contra la C.T. y contra las distintas vías de alternativa a la asistencia psiquiátrica, reformada o tradicional. Nuestro trabajo necesariamente se inscribe en una tradición crítica que es precisamente en estos tiempos de crisis cuando más necesidad tiene de recuperar su identidad. Como señalaban nuestras hipótesis y como han de remarcar nuestras conclusiones, hemos querido buscar los rasgos que pueden definir como de izquierdas a una experiencia de alternativa psicológica. No podemos aceptar que pueda darse transformación por la vía de las reformas, pero todavía éstas son menos peligrosas que una situación de práctica que enmascara su auténtica condición de clase. Y con efectos mucho más peligrosos, cuanto más confusos son los planteamientos de partida. Así, si conectamos este apartado con las propuestas desarrolladas en esta página web, advertiremos a qué callejón sin salida conducían los planteamientos del director H. de D.

Pero estos son extremos que sintetizamos en nuestras conclusiones.

IV. Conclusiones

Hemos llegado al término de un largo trabajo. Parcialmente, hemos venido proponiendo las conclusiones que el análisis nos proponía, de manera que a partir de este momento no queda sino efectuar la síntesis de nuestra investigación.

Expondremos estas conclusiones ya sin ningún otro tipo de apoyo teórico y su única referencia deberá hacerse en relación al apartado de formulación de hipótesis.

(1)
En lo que se refiere a su origen nos encontramos con un rasgo que puede ser importante a la hora de establecer la trayectoria del H. de D. En primer lugar, tiene su punto de partida en un movimiento interno reivindicativo; pero la propuesta de su creación de acuerdo con el testimonio de sus protagonistas no parece responder a esa reivindicación, sino que, más bien, parece que se trata de una concesión que va a tener efectos en la unidad de los TSM. De hecho, lo fundamental de las reivindicaciones no se obtiene y, a partir de ese momento, el H. de D. se va a separar de toda otra lucha, manteniéndose en una marginalidad internamente criticada, pero efectiva en su neutralización, como se ve en la continuidad del conflicto. A 1980 se llega con una estricta delimitación de competencias, donde Servicio, Sección y H. de D. mantienen una situación equilibrada de statu guo.

(2)
A lo largo de su trayectoria, el H. de D. se mantiene en esa posición de neutralidad ante los problemas asistenciales que sedan en el Centro. Acentúa más su separación y desarrolla una acción "internista", generadora de reflejos de defensa y manifestativa de un cierre tanto a las influencias interiores como a la propia proyección positiva. Se mantiene un "espíritu de lucha" frente a lo que se considera persecución exterior, lo que posibilita cultivar esa conciencia de "alternativa", de oposición, de enfrentamiento. Es decir, lo que se formula como estricta posición "antipsiquiátrica". Por supuesto, esta conciencia va a incidir negativamente sobre la identidad laboral del equipo. Promueve el fortalecimiento de las posiciones de marginación, oculta las relaciones con la institución, impide el esclarecimiento y discusión de las relaciones internas y favorece la ilusión grupal omnipotente. De hecho, este internismo agota cualquier posibilidad de influencia tanto sobre la institución hospitalaria como sobre el exterior.

(3)
Considerada en sí misma, la experiencia no afecta como impugnación interior a la institución psiquiátrica, ni en su política asistencial ni en su proyecto psiquiátrico. Es un lugar que no produce problemas, que no plantea ninguna exigencia y que resuelve, en la coexistencia, problemas de imagen externa, de distribución del poder interior. Abarca con un núcleo de personal mínimo un volumen considerable de asistencia y se mantiene totalmente anclado en el lugar que se le ha designado. No produce ningún desequilibrio presupuestario y no plantea tampoco problemas de personal. Su incidencia externa se reduce a circuitos minoritarios, sin conexión alguna con las fuerzas políticas o sindicales de oposición. Se reduce, pues, a un ideologismo funcional para el sistema que lo consiente o lo tolera sin ningún costo político, económico o ideológico.

(4)

Comparado el H. de D. con las experiencias de lucha en el sector no ofrece ninguno de los rasgos más típicos, como pueden ser el enfrentamiento institucional, la politización inmediata del conflicto, el cuestionamiento de autoridad y competencias, una vía alternativa de cambio a las antiguas estructuras, un impacto considerable sobre un sector popular, problemas laborales de todo tipo... A la vez, estas experiencias se manifiestan con posibilidades de adscribirse claramente a determinadas concepciones teóricas de política asistencial, comprensión de la salud, diseño de ciertas opciones técnicas... El H. de D. puede mantenerse los años que lo hace por una aceptación plena de su condición marginal, sin oposición en ninguno de los planos descritos. Es un proyecto personal que empieza y acaba en la propia personalización de su presencia. No es, pues, homologable a otras experiencias de lucha estatales y, respecto a modelos extranjeros, especialmente en lo que se plantea como línea antipsiquiátrica, no encontramos nada que pueda servir de polo de referencia.

(5)

En el plano teórico, nos encontramos con una no formulación. Si se quiere, González Duro ha criticado las formas asilares, la "sociología" del sector asistencial psiquiátrico. Pero en ninguna de sus obras y mucho menos en su práctica, nos encontramos con una indicación positiva sobre el modelo psicopatológico adoptado, sobre las técnicas utilizadas, sobre la línea de trabajo a seguir. Ni una palabra sobre el propio sentido médico o psiquiátrico de la práctica dominante. El análisis de la práctica terapéutica evidencia una gran confusión, una combinación ecléctica de procedimientos, muchos de ellos antagónicos entre sí. No encontramos jamás claridad en las formulaciones y todo finalmente se convierte en una invitación permanente al activismo espontaneísta. Lo advertimos en sus técnicas (¿Psicodrama? ¿Role playing? ¿Relajación? ¿Encuentros...?), en su política de admisiones, en su rechazo de las crisis, en su utilización de recursos proyectivos, comunicacionales, dinámicos, grupales. Se trata de una experiencia silvestre, donde todo es bueno, porque nada está sometido a control.

(6)

En el plano institucional, hemos desarrollado suficientes elementos como para destacar de nuevo, en este lugar, el absoluto sometimiento a la estructura de poder, jerarquizada, explotadora, represora. Diferencias de poder, de status, de capacidad de decisión separan al equipo. Con pretextos ideológicos o justificaciones humanitarias, se excluye la condición de trabajadores de quienes ceden sin ninguna compensación su fuerza de trabajo a la institución. Fuerza de trabajo innominada, abstracta, como se advierte en la continua personalización del H. de D., en la negación comunitaria, en la falta de análisis o de sentimiento de pérdida ante los abandonos. No existe el más mínimo interés en modificar la situación, en plantear reivindicativa mente las necesidades asistenciales. Se sigue, pues, reproduciendo la situación de beneficencia del tratamiento psiquiátrico, la condición de irrecuperables de los "enfermos" mentales, ya que se les sigue negando el derecho a su asistencia. Produce una falsa conciencia en los terapeutas, a los que impulsa activísticamente, pero a los que niega como trabajadores o como estudiantes o como personal en formación.

(7)

Con este conflicto no resuelto, con diferencias profundas en el interior del equipo, no se puede hablar auténticamente de C.T. Desde el momento en que no hay clarificación de las relaciones internas, que no hay explicación sobre los límites, que no existe un programa terapéutico, que no se resuelven

las confusiones internas... no se puede hablar de C.T. Hemos analizado distintas características y hemos llegado a conclusiones sobre lo atípico de esta experiencia comunitaria. El "enfermo" tiene allí un esencial papel pasivo que no justifica en absoluto la dinamización que necesariamente representa esta opción terapéutica. Hay un continuo vaivén respecto a los criterios internos que no favorece en absoluto la posible concepción de estabilidad interna que puede garantizar la gestión y la responsabilidad del sujeto en la crisis.

(8)

Con planteamientos de corte sociologista, todos los conflictos son reducidos a la más extrema psicologización. Se disuelven todas las actitudes críticas y no se admite ninguna desviación respecto de aceptar totalmente cualquier decisión tomada por la dirección. Enviscamiento, pues, de las relaciones que se contagian a los propios psiquiatrizados, induciendo también en ellos la competencia, la deslealtad, la desconfianza.

(9)

Transgresión continua de las decisiones colectivas y permanente inducción al acting out. Una ilusoriedad constante se establece en el espacio que deja de ser terapéutico, porque pretende constituirse en lugar real donde todas las prácticas pueden conducir al goce y a la "realización". Esto, sin embargo, se convierte en la inversión del efecto transformador. Aparecen todas las formas de dependencia, inseguridad y, consecuentemente, se llega así a fenómenos de hospitalismo que no son menos grave que los tradicionales. Se psiquiatriza, en ese sentido, ya que se establece el principio de una marginación que no por asumida tiene efectos menos devastadores.

(10)

Es decir, si nos encontramos con una estructura jerarquizada, si nos encontramos ante una ambigua posición frente a los psicofármacos (se administran, pero se niegan públicamente), si comprobamos una concepción personalista de la gestión de autoridad y status..., parece que no queda otra solución que hablar de una institución que ha logrado el más alto índice de rentabilidad económica y de economía funcional en la reproducción de las relaciones esenciales del sistema.

(11)

No existe tampoco nada que pueda contestar estas conclusiones desde el punto de vista del "equipo". Deshomogeneizado, sin criterios claros de actuación, viciado por todas las secuelas de un activismo irreflexivo, su propia movilidad indica hasta qué punto la experiencia del H. de D. era realmente imposible que tuviera una estabilidad temporal. No se estudiaba, no se fomentaba la formación, es muy difícil de creer que gente sin la menor experiencia profesional pudieran ser abandonados a una gestión terapéutica de la que no existía ni control de supervisión ni, al menos, una co-terapia efectiva, capaz de resolver los problemas de abordaje y tratamiento de las crisis.

Podemos, pues, afirmar que el H. de D. no es una operación contrainstitucional que cuestione el estatuto médico de la jerarquización psiquiátrica. Que no es tampoco una actividad fundada, teórica o ideológicamente en una posición alternativa al modelo físicoorgánico. Que no es un lugar del que pudieran salir líneas efectivas de renovación de la política sanitaria e institucional de este país. Que no se puede considerar como un lugar de formación y de orientación profesionales. Al contrario, pensamos que ha sido un foco eficaz de desconcierto, de confusión.

Quizás cabe obtener alguna enseñanza para nosotros, los psicólogos. Han sido psicólogos fundamentalmente los que han posibilitado durante muchos años esta experiencia privada y personal. Generalmente, por esa especie de ilusión que lleva al psicólogo recién licenciado a mitificar todo lugar donde se dé una práctica, donde pueda encontrar a la persona que sufre de afectos. Como consecuencia de una enseñanza que no sabemos nunca muy bien para qué nos prepara. Como consecuencia también de un desconcierto teórico, que nos impide saber exactamente cuál es el objeto de la operación del psicólogo. Como efecto de una posición de inseguridad y de subordinación, porque no podemos conseguir esa consciencia que nos permita saber de qué hablamos, para quién hablamos, cómo hablamos. Pienso que, en la mayor parte de las ocasiones, estamos siempre en las mejores condiciones para ser engañados. Y nuestro trabajo quizás destaque un poco este rasgo: el H. de D. ha conseguido engañar a mucha gente que honestamente pretendía situarse en una auténtica posición de cambio.

Por último, afirmar que estudiando los últimos 14 años de luchas en el sector de la salud mental, el desarrollo de las fuerzas políticas y sindicales, el estado de desarrollo de nuestra investigación científica en psicología y psicopatología, solo se puede llegar a la conclusión de que en el estado español no se han producido, en ningún plano, luchas antipsiquiátricas. Se han planteado luchas psiquiátricas, en el mejor caso, luchas de pre-reforma democrática o de denuncia de las condiciones asistenciales. Pero nunca luchas antipsiquiátricas, en los sentidos organizativo, político, ideológico, teórico que este trabajo ha tratado de mostrar.

Esperemos que puedan empezar a cambiar las cosas.

Teresa Gil Ruiz / José Luis de la Mata
Madrid, agosto de 1982

Indice

I. Metodología seguida en el trabajo de campo

0. Determinación del marco teórico y de los criterios que tomamo como base que orienta el modelo de observación 1
- a) El acceso a lo psico(pato)lógico 3
- b) Ideología de la norma versus ideología de la diferencia 5
- c) Propósito del trabajo de investigación: objetivos 12
- d) Determinación del objeto y delimitación del campo 15
- e) Admisión como "Asistente Voluntario" del observador-participante 16

1. Control metodológico 18

2. Formulación de hipótesis
- a) Área referencial y recogida de datos 28
- b) Organización de hipótesis: criterios operativos 34

II. Estructura y organización de la Institución Hospitalaria Psiquiátrica de la C.S.P. de Madrid (Hospital de Día)

0. Institución Psiquiátrica y Comunidad terapéutica. Ubicación territorial 38
- a)"Lugares" funcionales y sus agentes en la organización del Hospital de Día 44

1. Los supuestos teóricos y las estrategias de abordaje en H. de D. 46

2. Organización estructural y funcional del H.de D. 55

3. El equipo terapéutico y su inserción dentro de la institución 68
- a) Equipo Terapéutico y Comunidad. El poder y la autoridad 68
  - (I) Respecto a la estructura asistencial 76
  - (II) Respecto al equipo terapéutico 81
    - a1) La cohesión metodológica y epistemológica. Política e ideologías Discusión y crítica. Participación. Supervisión 85
      - I. La formación 87
      - II. La eficacia práctica 89
    - a2) Relaciones personales. Resolución y manifestación de las contradicciones 91
    - a3) Del carácter de la práctica 93

III. Los "enfermos". Posición y participación en Hospital de Día

0. El problema de la asistencia 96

1. Características de la organización asistencial Población asistida 101

2. Otros problemas técnico-conceptuales 112

IV. Conclusiones 119